

DU PANARIS

DU

PANARIS

PAR

Le Docteur Jean PRAT

EX-ÉLÈVE DES HÔPITAUX CIVILS DE TOULOUSE ET DE PARIS.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1870

DU PANARIS

> La science ne se perfectionne pas seulement par les découvertes, mais encore par l'étude de plus en plus approfondie des maladies déjà connues.

INTRODUCTION.

Le panaris est une affection très-fréquente et qu'on rencontre dans toutes les classes de la société, chez les individus de tout sexe et à tout âge de la vie. Maladie bénigne dans beaucoup de cas, dans certaines circonstances elle devient très-grave si le chirurgien n'intervient par un traitement méthodique. Considéré au double point de vue de sa fréquence et de sa gravité, quelque exceptionnelle qu'elle soit, le panaris est digne d'une description aussi étendue que peut le comporter une thèse. Mais pour bien étudier cette question il importe de la faire précéder de quelques notions anatomiques. C'est l'anatomie, en effet, qui doit donner le moyen de bien comprendre cette maladie dans son développement, son processus morbide ; c'est elle qui indiquera une thérapeutique rationnelle et cherchera à combattre ces moyens empiriques et plus ou moins absurdes inventés par le charlatanisme ou par l'ignorance et qui font tant de victimes chez les gens du peuple.

Pour la partie anatomique nous ne pouvons mieux faire que de consulter le récent traité d'anatomie de M. le professeur Sappey et surtout le savant traité d'anatomie médico-chirurgicale de M. le professeur Richet. Nous allons donc commencer par l'anatomie des doigts.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

On appelle doigts les cinq appendices qui terminent la main ; ils constituent des organes de préhension et de défense, et sont par cela même exposés plus que toute autre partie du corps aux blessures de toute espèce. Aussi la grande fréquence du panaris s'explique par les nombreux usages auxquels les doigts sont destinés. Tous n'ont pas la même longueur ni la même grosseur. Le médius est le plus long, le pouce est le plus court et le plus gros ; les premiers se composent de trois phalanges et ce dernier n'en a que deux. Leur forme varie selon les sexes ; ainsi ils sont aplatis d'avant en arrière au niveau des deux premières dans les deux sexes, et cet aplatissement permet de leur considérer quatre faces : l'une *antérieure* ou *palmaire*, l'autre *postérieure* ou *dorsale*, et deux faces *latérales*. Ils se terminent par une extrémité cylindrique chez l'homme, et par une extrémité effilée chez la femme. Cependant quelques individus les ont naturellement terminés en *massue*, et il faut rapporter cette singularité aux travaux nombreux ou à une altération de la nutrition. Dans ce dernier cas l'amaigrissement de la pulpe de la phalangette est suivi d'un aplatissement qui entraîne l'ongle et l'oblige à se recourber. Quelques auteurs, voulant attribuer une signification à cette transformation exceptionnelle, ont cru remarquer entre cette forme des doigts en *massue* et le développement des tubercules une coïncidence qui ne paraît pas absolument dénuée de fondement (1) ; mais nous devons faire remarquer que toute cause de dénutrition et même certaines professions manuelles sont capables de produire cette forme anormale, et que ce signe considéré isolément n'a pas une grande valeur.

(1) Richet, Traité d'anatomie médico-chirurgicale, p. 12.

Pour étudier les doigts nous allons examiner successivement leurs faces, et au point de vue anatomique nous aurons à considérer quatre couches principales :

1° La peau ;

2° Le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux et les nerfs ;

3° L'aponévrose d'enveloppe ;

4° Les parties sous-aponévrotiques (ligaments, phalanges).

I. *Face antérieure.*

Au simple coup d'œil elle présente une série de plis et de sillons transversaux, correspondant au niveau des articulations et du point de flexion des phalanges. Ces sillons divisent les quatre premiers doigts en trois segments ; le pouce n'en a que deux. Ces sillons ont une certaine importance en chirurgie, ils servent de point de repère pour la désarticulation des phalanges ou du doigt tout entier. Cette face mérite d'être étudiée minutieusement ; aussi nous allons examiner ces diverses couches : épiderme, derme, tissu cellulo-adipeux sous-dermique, gaînes tendineuses, tendons fléchisseurs, squelette.

1° *Peau.* — Outre les sillons interarticulaires déjà signalés, la peau présente encore d'autres sillons secondaires et concentriques, ceux-ci séparent les séries des papilles nerveuses au niveau de la pulpe digitale. L'épiderme est un élément cellulaire, une sorte de plasma fourni par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cet exsudat se concrète en pellicules appelées cellules épidermiques. L'épiderme forme une sorte de tégument coriace chez les individus qui se livrent à des travaux manuels très-pénibles ; parfois même l'entassement de ces cellules épidermiques forme des saillies, des entassements complétement invasculaires, appelés durillons. A la suite d'une cause irritante quelconque, d'un frottement continu, par exemple, l'inflammation peut amener la

formation de pus. Alors ce liquide sécrété à la surface du derme, dans la couche de Malpighi, peut soulever l'épiderme au niveau de ces amas de cellules épithéliales et donner lieu à des abcès sous-épidermiques souvent suivis d'une ulcération analogue à un mal perforant. Le derme est une trame très-dense, composée de fibres de tissu cellulaire très serrées, de fibres élastiques, de vaisseaux et de nerfs. Au niveau de la phalangette le derme présente un épaississement cellulo-adipeux appelé *pulpe digitale*. Ce bourrelet est parsemé d'une série de sillons et saillies dermiques, rangées en couches concentriques formées par les papilles nerveuses. Ces expansions vasculo-nerveuses sont d'une couleur blanc rougeâtre. Weber les a découvertes le premier. Elles sont constituées par des vaisseaux et des nerfs. Les vaisseaux sanguins s'y terminent en anses de plus en plus petites ; au centre est un gros vaisseau lymphatique ; les nerfs s'y terminent par un ou plusieurs renflements coniques appelés corpuscules de Meissner, *corpusculum tactus* (Weber, Robin, Meissner), que M. le professeur Denonvilliers a bien décrits (1).

Ces papilles considérées à l'état physiologique comme le siége de la sensibilité tactile des doigts, à l'état pathologique se transforment en un appareil de douleurs intolérables lorsque l'inflammation vient à s'y développer. Aussi les douleurs du panaris sont-elles souvent prises comme synonyme de souffrances les plus atroces. C'est encore l'hypertrophie de ces papilles vasculo-nerveuses qui constitue les productions pathologiques appelées *verrues*, *poireaux*. Ces excroissances diffèrent des cors ou durillons en ce qu'elles sont vasculaires.

2° *La couche cellulo-adipeuse* tapisse la surface profonde du derme. Elle est constituée par des cellules très-étroites, à

(1) Archives d'anatomie et de physiologie, 1846.

parois résistantes, serrées, qui, partant de la face profonde du derme, vont en s'entre-croisant se fixer au périoste, au niveau de la phalangette, à la gaîne tendineuse, aux expansions synoviales, aux faces latérales et même à la face dorsale de la phalangine et de la phalange ; au niveau des plis articulaires des fibres plus courtes font adhérer plus intimement la peau à leur point d'insertion; de là résulte la formation des sillons et des plis interarticulaires. D'après M. Richet l'appendice que présentent les sillons interdigitaux ne sont pas constitués uniquement par la couche celluleuse dont nous venons de parler, mais encore par un prolongement de ligament palmaire. Ils ne sont que les fibres terminales de cette aponévrose palmaire qui vont, en s'entre-croisant en X, s'insérer à la surface profonde de la peau en arrière et la maintiennent déprimée. Ces expansions interdigitales s'opposent à l'écartement des doigts ; elles sont tapissées par du tissu cellulaire adipeux qui est parfois le siége du panaris interdigital. Au niveau de la face antérieure de la phalangette, le tissu cellulo-adipeux présente un coussinet épais appelé *pulpe digitale*. Cet épaississement résulte d'un plus grand nombre d'entre-croisements que partout ailleurs; entre-croisements comblés dans leur intervalle par des flocons adipeux. C'est au mélange de ces vésicules adipeuses avec les filaments cellulaires que cette couche doit son élasticité et son peu d'extensibilité. C'est dans l'épaisseur de ce bourrelet que les vaisseaux collatéraux des doigts et les nerfs eux-mêmes viennent se terminer en formant par leurs anastomoses des arcades de plus en plus petites et à concavité tournée en haut. L'ensemble de toutes ces dispositions anatomiques (vaisseaux nombreux, anastomoses multiples, terminaisons des nerfs par un renflement, densité et défaut d'extensibilité du tissu dermique) explique la fréquence des phlegmons en cette région et les grandes souffrances atroces qui en résultent.

3° On a donné le nom de *gaîne fibreuse* ou *fibro-tendineuse* à la gaîne ostéo-fibreuse qui loge les tendons fléchisseurs des doigts. La partie antérieure ou fibreuse est formée de fibres propres, nacrées, et par l'entre-croisement de quelques fibres de la couche cellulo-adipeuse que nous venons de décrire. Cette gaîne, d'une consistance demi-cartilagineuse, compacte, est assez ferme pour rester béante lorsqu'on l'incise et même lorsqu'elle est à l'état de vacuité ; aussi c'est ce qui explique la facilité avec laquelle les tendons se retirent en cas de section accidentelle, d'amputation ou de ténotomie, et se font les fusées purulentes qui gagnent la paume de la main et même l'avant-bras. Cette gaîne commence au point d'insertion du tendon à la face antérieure de la phalangette et se continue avec la gaîne palmaire, le canal radio-carpien, jusque dans les couches intermusculaires des muscles de l'avant-bras. La partie osseuse est constituée par la face concave des phalanges doublées de leur périoste. Cette gaîne reçoit les tendons des muscles fléchisseurs superficiels et profonds.

4° Ce canal ostéo-fibreux est, avons-nous dit, parcouru par les *tendons fléchisseurs* disposés d'une manière invariable. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, le fléchisseur superficiel commence à s'élargir et s'applique étroitement sur le profond. Après avoir dépassé le pli articulaire, il se creuse en une gouttière concave en arrière; vers le milieu de la phalange, il se bifurque et chaque branche contournant le tendon fléchisseur profond va s'insérer sur les côtés antéro-latéraux de la phalangine. Dès ce moment, le tendon fléchisseur marche tout seul et devient superficiel à son tour à la face antérieure de l'extrémité supérieure de la phalangette.

5° Pour faciliter le glissement de ces tendons une synoviale tapisse les parois du canal ostéo-fibreux et la surface

des tendons. Mais si la disposition de ces tendons est bien connue, celle de cette membrane séreuse ne l'est pas autant, et elle a donné lieu à plusieurs contestations à cause des variétés qu'elle présente dans ses replis et ses communications avec la synoviale des doigts entre eux, et avec celle du poignet. On pourrait en juger par les différentes descriptions qui en ont été données par Michon (1), Malgaigne, Maslieurat-Lagémard, Leguey, Velpeau; MM. Gosselin, Richet (2), Sappey (3), Winslow, Meckel, Bourgery et Monro qui sont ceux qui en admettent le plus grand nombre.

D'après Malgaigne et M. Gosselin, il y aurait deux synoviales : l'une *externe* et l'autre *interne*. La première serait destinée au pouce seulement; la dernière, plus vaste, se distribuerait aux autres doigts. Nous allons les décrire dans leur distribution et leurs modifications :

1° *Synoviale du pouce.* — Elle ne présente pas beaucoup de variétés. Elle commence à 2 ou 3 centimètres au-dessus du ligament antérieur du carpe, passe au-dessous de ce ligament et va accompagner le tendon fléchisseur du pouce jusqu'à son insertion sur l'extrémité supérieure de la phalangette du pouce.

2° *Synoviale interne.* — Elle commence au même point; arrivée au-dessus du ligament antérieur du carpe, elle se ramifie pour se distribuer à tous les autres doigts de la main. Mais elle offre plusieurs particularités qu'il est important de connaître. Ainsi, la synoviale du petit doigt se comporte comme celle du pouce, c'est-à-dire qu'elle s'étend jusqu'à l'insertion du fléchisseur profond sur la phalangette, mais les branches synoviales des autres doigts, au lieu de se pro-

(1) Thèse de concours, 1851, des Tumeurs synoviales de la face palmaire de l'avant-bras.

(2) Traité d'anatomie médico-chirurgicale, p. 150.

(3) Traité d'anatomie descriptive.

longer comme celle-ci, après avoir parcouru le canal radio-carpien, s'arrêtent au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne où elles se terminent en cul-de-sac. Au-dessous de l'étranglement que présente cette articulation, commence une seconde synoviale le plus souvent indépendante de la synoviale palmaire (1) et qui va accompagner les tendons fléchisseurs jusqu'à leur insertion. Au point où le tendon superficiel est perforé par le profond, un repli de cette synoviale réunit les deux tendons fléchisseurs. Au moyen de cette expansion les deux tendons fléchisseurs sont solidaires l'un pour l'autre dans leurs mouvements et dans la flexion des phalanges. C'est là un point qui ne doit pas être perdu de vue dans l'opération de la ténotomie (2).

Au point d'insertion des tendons sur la phalange, la synoviale se réfléchit sur les parois du canal ostéo-fibreux. Ce feuillet pariétal présente, au niveau des articulations, certaines hernies qu'il faut prendre garde de ne pas perforer dans le traitement du panaris de la troisième espèce.

Nous avons dit aussi que ces synoviales présentaient des irrégularités dans leurs communications entre elles : ainsi il peut se faire que la synoviale interne communique avec la synoviale externe non-seulement au-dessus du ligament antérieur du carpe, mais encore dans la région palmaire (Gosselin) ; d'autres fois c'est la synoviale de l'index qui communique avec celle du pouce (Sappey).

Donc, en résumé, toutes ces synoviales ont un point d'origine commun situé à quelques centimètres au-dessus de l'articulation du poignet ; elles communiquent toutes ensemble avec la synoviale du poignet ; mais, tandis que les synoviales du pouce et du petit doigt vont jusqu'à l'insertion

(1) Jarjavay, Leçons de clinique, 31 janvier 1868.
(2) Richet, Traité d'anatomie médico chir.

terminale des fléchisseurs, celles des trois doigts médians sont formées de deux parties contiguës, isolées, et dont le point de séparation est au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Cette disposition indique pourquoi les amputations et les panaris du pouce et du petit doigt sont parfois suivis d'accidents plus graves, à cause des fusées purulentes qui peuvent s'étendre jusqu'à la région palmaire et antibrachiale.

6° *La couche sous-aponévrotique* comprend les ligaments articulaires et le squelette.

Immédiatement au-dessous de la gaîne synoviale se trouve le périoste qui tapisse la surface des phalanges. Les phalanges sont des colonnettes superposées dont l'extrémité supérieure est la plus volumineuse.

La face antérieure étant légèrement concave, les parties molles viennent s'y accumuler, de sorte que, dans les amputations, il est facile d'employer le procédé à lambeau palmaire.

Chaussier a divisé les phalanges en phalange, phalangine et phalangette. Nous avons déjà dit que chaque doigt se compose de trois phalanges, à l'exception du pouce qui n'en a que deux.

Les articulations des phalanges sont des ginglymes parfaits. Les surfaces articulaires et les ligaments leur permettent une grande mobilité, surtout dans le sens de la flexion. L'articulation métacarpo-phalangienne qui est une condylienne est la plus mobile ; c'est à l'écartement de ses surfaces articulaires qu'est dû ce claquement particulier qu'on peut produire volontairement en tirant le doigt.

Les *ligaments* consistent en deux ligaments latéraux dirigés un peu obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, et d'un ligament glénoïdien ou antérieur ; ce dernier joue un grand rôle dans les luxations des phalanges et du pouce

surtout, car c'est ce ligament qui le plus souvent cause un obstacle à la réduction.

Le ligament postérieur manque. Il est représenté par le tendon extenseur. Une petite synoviale tapisse les surfaces articulaires.

7° *Les artères collatérales* qui se distribuent à la face palmaire des doigts proviennent de l'arcade palmaire superficielle. Mais au niveau de l'espace interdigital elles reçoivent les interosseuses palmaires qui font communiquer l'arcade palmaire profonde avec l'arcade superficielle. Ces artères sont placées de chaque côté du tendon fléchisseur, la veine collatérale correspondante est en dehors. Arrivées à la phalangette, les artères se recourbent pour se subdiviser en arcades de plus en plus petites. Ces arcades vont en s'anastomosant avec celles que forment les artères collatérales dorsales. Aussi la pulpe digitale est animée par un riche réseau sanguin. Lorsque les artères collatérales dorsales manquent, les collatérales palmaires fournissent à la matrice de l'ongle.

Les *veines* sont petites, disposées en réseaux à mailles quadrangulaires; elles se réunissent peu à peu pour former les veines collatérales qui vont se jeter dans les rameaux de la face dorsale.

8° *Les vaisseaux lymphatiques*, si bien décrits par M. Sappey (1), forment aussi des réseaux très-remarquables à la face palmaire, tandis qu'on en trouve à peine des traces à la face dorsale de la phalangette. Vers la racine des doigts, ces lymphatiques se réunissent en troncs de plus en plus volumineux, contournent le doigt, gagnent la région dorsale de la main et se jettent dans les ganglions épitrochléens et axillaires. De là résulte la coïncidence des angioleucites et des

(1) Traité d'anatomie descriptive.

adénites épitrochléennes et axillaires dans les lésions traumatiques des doigts ou en cas de panaris.

9° *Les nerfs*, désignés comme les artères et les veines, sous le nom de nerfs *collatéraux*, occupent les parties collatérales des doigts. Il y a quatre nerfs latéraux pour chaque doigt. Ils sont placés en dehors de l'artère. Ces nerfs sont fournis par deux gros troncs du plexus brachial : le nerf médian et le nerf cubital. Les collatéraux palmaires du pouce, de l'index, du médius et de la face externe de l'annulaire viennent du nerf médian, le collatéral palmaire interne de l'annulaire, et les collatéraux palmaires de l'auriculaire proviennent du nerf cubital.

Nous avons donné leur mode de terminaison.

II. — *Face dorsale.*

On peut considérer :

1° *La peau.* — Elle est plus blanche, plus fine qu'à la face palmaire ; l'épiderme est moins épais au niveau de la phalange et de la phalangine ; elle est doublée d'un coussinet graisseux plus ou moins abondant, selon les individus ; en ces points on y rencontre des poils plus ou moins longs et plus ou moins gros, de nombreux follicules sébacés, ce qui explique l'aspect anthracoïde que présente le panaris de ces régions, surtout chez les individus dont le système pileux est très-développé. Le derme est moins dense qu'à la région palmaire, mais il offre plus de densité au-dessous de l'ongle que sur les autres points de la région dorsale. La phalangette est recouverte par l'ongle qui n'est autre chose qu'un produit épidermique sécrété par le sillon cutané appelé *matrice* de l'ongle.

2° *Couche sous-cutanée ou cellulaire.* — Elle est formée d'un tissu lâche, à larges mailles. Aussi dans l'inflammation, la tuméfaction peut prendre ici plus d'extension et de développement qu'à la face palmaire.

3° *Couche aponévrotique.* — Il n'existe point, à proprement parler, de couche aponévrotique à la région dorsale. La gaîne de l'extenseur consiste en une enveloppe fibreuse qui n'est autre chose qu'un épanouissement du tendon lui-même. Le tendon extenseur arrivé à la phalangine se divise en trois branches : la médiane s'insère à l'extrémité supérieure de cet os ; les deux divisions latérales vont se fixer plus bas sur les côtés de la phalangette.

4° *Couche sous-aponévrotique.* — Au-dessous de la pseudo-aponévrose dont nous venons de parler, se trouve une trame de tissu cellulaire assez lâche, et le périoste. Ce tissu cellulaire à larges mailles permet à la peau et aux tendons de glisser facilement au niveau des articulations pendant les mouvements de flexion.

5° *Vaisseaux.* — Les artères collatérales dorsales sont très-petites. Elles sont fournies par les interosseuses postérieures ; elles s'épuisent souvent avant d'arriver à la phalangette.

Les veines vont se jeter dans les veines dorsales de la main.

Les lymphatiques ont été signalées précédemment.

6° *Nerfs.* — Ils proviennent, les cinq internes du nerf cubital, les cinq externes du nerf radial. Ici les corpuscules de Paccini sont rares.

III. — *Faces latérales.*

Elles ont une structure plus simple que les faces antérieure et postérieure. La peau est lâche, molle, très-mobile ; aussi il n'est pas rare de rencontrer des bourses séreuses au niveau des articulations. Aux faces latérales de la première phalange on rencontre quelques fibres musculaires venant des muscles interosseux, des lombricaux et des fibres lamelleuses de l'aponévrose palmaire. Leur feutrage constitue l'expansion interdigitale, sorte de ligament qui s'oppose à l'écartement exagéré des doigts, comme nous l'avons déjà dit.

ÉTYMOLOGIE, SYNONYMIE, DÉFINITION.

Le panaris est le phlegmon des doigts ou des orteils.

Cette affection dont la connaissance remonte aux temps les plus reculés de la médecine, a reçu diverses dénominations. Hippocrate l'a connue et désignée par le nom de παρωνυχία (de παρυὰ autour et ὄνυξ ongle). Les Latins l'appellent *panaritium, reduvia, paronychia*. Celse, Paul d'Egine, la désignèrent sous le nom de *ptérygion* à cause de l'épanouissement ou hypertrophie cellulo-vasculaire qui en résulte et qui constitue la véritable déformation appelée *doigt en massue*. Paracelce et Théophraste lui assignèrent le nom de *verme*. Enfin, les modernes l'ont successivement appelée *tourniole*, parce que le plus souvent l'inflammation commençant autour de l'ongle, en fait le tour ; mais cette dénomination est un terme impropre pour la maladie qui nous occupe lorsqu'elle siége ailleurs que sur la phalangette. Garengeot l'a appelée *mal d'aventure*, parce que, dit-il, on ne connait pas toujours d'où provient ce mal. Le vulgaire le connaît sous le nom de *mal blanc* à cause de la phlyctène séro-purulente que présente souvent le panaris superficiel. En somme, toutes ces diverses dénominations ne signifient qu'une seule et même affection généralement désignée sous le nom générique de *panaris* qui n'est autre chose qu'un dérivatif de *panaritium*.

SIÉGE.

Le panaris se montre à tous les doigts de la main, mais avec un degré inégal de fréquence sur laquelle les auteurs sont loin d'être d'accord ; aussi d'après Roux (1), il y aurait cette série de croissance : index, pouce, médius,..... tandis que Velpeau (2) et M. Bauchet, son élève, d'après une statis-

tique comprenant plusieurs années, ont réparti cette fréquence de la manière suivante : pouce, index, médius, annulaire, auriculaire, et sur 292 cas de panaris, 183 sont pour les hommes et 89 pour les femmes. Sur 202 cas, la main droite a été affectée 120 fois, et la gauche 82 fois seulement. Le plus souvent un seul doigt est atteint, mais parfois plusieurs doigts peuvent être frappés simultanément : ainsi Leister a vu pendant le siége de Magdebourg, en 1738, un soldat sur lequel le panaris avait envahi en même temps tous les doigts de la même main ; dans d'autres cas les doigts de la même main ne sont frappés que l'un après l'autre ; les deux mains peuvent enfin être atteintes simultanément ou successivement.

Ayant voulu entreprendre une statistique plus récente, avec l'appui de M. le professeur Gosselin et la permission de M. Husson, directeur de l'assistance publique, j'ai essayé de passer en revue les Bulletins cliniques d'une année (1861) et j'ai recueilli les faits suivants :

H.-DIEU		PITIÉ		CHARITÉ		S.-ANN.		LARIB.		NECKER		COCHIN		BEAUJON		CLINIQ.		S LOUIS	
h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.	h.	f.
56	23	38	11	50	22	15	9	57	17	17	16	5	4	7	3	8	1	21	1
1 décès	»	»	»	2 décès	»	»	»	2 décès	»	»	»	»	»	1 décès	»	»	»	»	»

381 cas de panaris, dont : { 274 chez les hommes ; 107 chez les femmes.

Sur ces 381 cas, il y a eu {
6 décès,
6 cas d'amputation, dont 3 du médius droit.
9 cas de désarticulation, dont 5 pour le pouce, 2 pour le médius droit, 1 pour l'indicateur, 1 pour l'annulaire.

Le résultat de nos déductions, sans être identiques, a du

(1) Dictionnaire en 30 vol.
(2) Gazette des hôpitaux, 1858, n° 123.

moins beaucoup de rapport avec celui de l'éminent professeur de l'hôpital de la Charité. On peut en conclure, comme il le dit lui-même, que le panaris est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion d'un tiers en plus pour les hommes; que la main droite est le plus souvent atteinte, et que la fréquence relativement aux doigts atteints, décroît du pouce à l'auriculaire. Quant au phlegmon des orteils il en est très-peu question dans les auteurs, le panaris des orteils est plus rare, il est vrai, que celui des doigts, mais il existe. En effet, la structure, la nature et la disposition des éléments anatomiques ne sont-elles pas les mêmes pour le doigt que pour l'orteil? Dans un récent opuscule (1), M. L. Aubrion, après avoir fait ressortir l'analogie qui existe entre le pied du cheval et les doigts de l'homme, démontre clairement que le pied de l'homme aussi bien que celui du cheval peut être atteint de panaris; il pense même avec la plupart des auteurs que si les orteils en sont plus indemnes, cela tient à ce que, protégés par les chaussures, ils sont moins exposés au contact des corps étrangers.

En lisant les auteurs qui ont consacré un article au panaris on est frappé du grand nombre des classifications qui en ont été données. Ainsi pour les uns il n'y a qu'une seule espèce de panaris, toutes les autres espèces ne sont que des variétés d'une même maladie (Boyer, Dionis) (2); pour d'autres auteurs il y en a 7 (Sauvages) et même 8 (Imbert). Astruc et Camper n'en admettent que 2; Heister 3 (3) : le sous-cutané, le sous-périostique, et celui de la gaîne. Louis reconnaît les trois espèces le plus généralement adoptées. 5 pour Callisen et Goué; pour Lafaye, Ledran, Chélius, David, Samuel Cooper, Roux (3) et Garengeot, il y en a quatre

(1) Du panaris chez le cheval, par C. Aubrion, ex-vétérinaire, médecin au Gault (Marne), Arch. gén. de méd., 1869.
(2) Cours d'op. chirurg., p. 718. Paris, 1740.
(3) Institut de chirurg., t. IV, p. 280.

espèces; mais certains auteurs modernes (MM. Nélaton (1), Richet, Bauchet (2) n'en veulent reconnaître que 3 espèces ; ils préfèrent considérer la forme sous-périostique comme une périostite ordinaire à laquelle ils refusent le nom de panaris, ou bien comme une complication consécutive au panaris de la gaîne et la confondent avec celui-ci.

Pour nous, nous basant sur les dispositions anatomiques, et adoptant la division la plus rationnelle et la plus pratique, à l'exemple de Roux, Velpeau, Gerdy, Garengeot,..... nous établirons quatre espèces de panaris d'après le siége anatomique de la phlegmasie, et plusieurs formes ou sous-variétés, selon l'aspect et la marche de l'affection.

Pemière variété ou panaris superficiel sous-épidermique érysipélateux, mal blanc, mal d'aventure, tourniole. Cette variété peut affecter la forme érysipélateuse phlycténoïde ou vésiculeuse, anthracoïde.

Deuxième variété ou panaris sous-cutané, phlegmoneux. Il peut présenter la forme simplement phlegmoneuse, gangréneuse.

Troisième variété ou panaris de la gaîne, panaris profond, synovite.

Quatrième variété on panaris périostique, périostite, panaris ostéo-fibreux de la gaîne des tendons.

ÉTIOLOGIE.

Il serait ridicule d'énumérer toutes les causes plus ou moins absurdes et singulières dont on a voulu faire dépendre le développement du panaris. Autant de systèmes, autant d'extravagances. Jean Guignard a raison de dire : nous sommes étonnés aujourd'hui de voir Dionis, l'un des plus éminents praticiens du XVIIe siècle, attribuer cette maladie à une

(1) Elément de path. chirurg.

(2) Du panaris et des inflammations de la main, p. 16. Paris 1859.

humeur âcre, corrosive, brûlante, qui rongeant le périoste, les extrémités des filaments nerveux et la chair, y fait une eschare pour donner issue aux liquides malfaisants de l'économie. Certains humoristes ont été plus loin : ils ont voulu rapporter la cause du mal à l'effervescence du sang, aux éléments bilieux et malfaisants de ce liquide nourricier. De là cet absurde principe répandu par le commérage : ne jamais contrarier une affection morbide dans son développement et sa marche, sous peine d'être empoisonné par les humeurs corrompues du sang et de voir survenir des métastases plus ou moins redoutables. Quel est le praticien de notre temps où le médecin attaché au service des hôpitaux où l'on traite particulièrement les affections cutanées (Saint-Louis, Sainte-Eugénie, Enfant-Jésus), qui n'ait vu à sa consultation des malades imbus de ces tristes principes d'*humorisme*, ou des mères de famille assez timorées pour calomnier ou dédaigner l'ordonnance la plus rationnelle dès qu'elle a pour but d'anéantir en quelques jours, en quelques heures, une maladie qui depuis longtemps mine la santé d'un jeune malade ? Que de maladies aveuglément attribuées à la suppression d'un exanthème de nature parasitaire (favus, teignes diverses, prurigo parasitaire, porrigo decalvans...), ou mieux à des habitudes de malpropreté (eczéma simplex, impétigo !) Mais Paracelse est encore plus extravagant : au lieu d'envisager le panaris du même œil que les humoristes, il en attribue le développement à un ver qu'il n'a jamais probablement observé ni trouvé. Inutile d'insister plus longtemps sur des détails d'aussi peu d'importance. Nous allons citer les causes les plus plausibles et les plus communes, nous les diviserons en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Relativement aux sexes, nous avons déjà vu que le phlegmon des doigts est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, puisque d'après la plupart des statistiques, la femme ne figure que pour un tiers environ ; mais est-ce à dire pour cela que l'homme, par sa nature, est plus sujet à cette affection que la femme? Non certainement. La sensibilité et la délicatesse plus ou moins grande des doigts, la susceptibilité nerveuse, la prédominance du système lymphatique, la fréquence des vices scrofuleux, dartreux... chez la femme et chez l'enfant, disent assez clairement que ces derniers doivent être plus souvent atteints que ne le sont les sujets peu sensibles, les adultes et les vieillards. Cette différence ne peut dépendre en réalité, que des rudes travaux, des professions manuelles réservées à l'homme, et qui nécessitent un grand exercice des doigts ou qui les exposent accidentellement à un grand nombre de lésions traumatiques ; ainsi c'est surtout chez les cordonniers, les ébénistes, les maçons, les tailleurs...... qu'on rencontre féquemment le panaris.

On peut citer encore comme cause prédisposante la profession de fileur ou fileuse de laine, à cause de la température de 40° environ où se trouvent constamment exposées leurs mains. Rien n'est plus capable, en effet, d'exciter la sensibilité des doigts, d'en ramollir les parties molles et de provoquer une plegmasie congestive. Resterait à savoir, si la rare fréquence du panaris aux orteils ne tient pas à ce qu'ils sont habituellement protégés par les chaussures et rarement exposés à un changement subit de température comme le prétendent la plupart des auteurs.

Doit-on accorder quelque influence à l'hérédité? Une pareille cause peut être vraie, mais elle a encore besoin

d'être demontrée. Certains auteurs veulent admettre une influence épidémique; c'est là une hypothèse encore plus douteuse. Cependant au dire de Ravaton, de Vidal (de Cassis), de Forget (1), cette affection peut réellement présenter une forme épidémique.

Dubois tend par ses observations à prouver que ces assertions sont vraies et les faits cliniques de tous les jours semblent confirmer leur valeur; néanmoins jusqu'à ce jour cette cause est vraiment hypothétique. Les saisons ne peuvent pas exercer une grande influence; cependant un temps chaud et humide (printemps, automne), semblent favoriser le développement du panaris. Les climats chauds, au dire de Savaresi, sont aussi une cause prédisposante.

Quelques auteurs mettent les maladies spécifiques (syphilis), au nombre des causes prédisposantes; nous n'osons partager leur avis, mais nous admettons que ces maladies peuvent imprimer un caractère de spécificité aux diverses manifestations et à la marche du phlegmon des doigte.

CAUSES OCCASIONNELLES.

Il serait superflu d'énumérer ici toutes les causes qui peuvent amener le panaris; car tout ce qui est capable de produire la moindre irritation sur les doigts, peut y développer une inflammation phlegmoneuse. Nous nous contenterons de citer les plus fréquentes tels que : contusions, déchirures, piqûres, compression surtout avec les objets rouillés ou malpropres, arêtes de poisson, aiguilles, échardes de bois, rognures de certains métaux, brûlures, durillons enflammés, morsures, soulèvement d'un ongle, arrachement de ces pellicules épidermiques ou dermiques connues sous le nom *d'envies*

(1) Traité de médecine navale.

que certaines personnes et particulièrement les femmes hystériques ou chlorotiques ont la manie d'extirper avec les dents, la transition subite d'une température froide et *vice versa*, les plaies avec inoculation de liquides irritants ou putrides, et ici nous citerons en première ligne les piqûres anatomiques. Il est rare que dans le courant de chaque année il n'y ait pas quelques cas non-seulement de panaris anatomique, mais encore quelques cas de mort à la suite de ces sortes de piqûres. Cependant les accidents qui en résultent sont variables selon la nature de la lésion et la prédisposition constitutionnelle du blessé. En effet, tantôt ils sont purement locaux et ne donnent lieu qu'à une simple inflammation locale très-circonscrite qui disparaît en un ou deux jours ; tantôt survient un simple panaris qui peut s'accompagner de phlegmon de la main, d'angioleucite et même d'adénite axillaire, sans danger sérieux pour le patient. Malheureusement le poison ne se borne pas toujours à une action locale; entraîné dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, il empoisonne en peu de temps toute l'économie, et dès lors apparaît une réaction fébrile générale, signe certain d'une véritable intoxication qui revêt la forme de l'infection purulente ou de l'infection putride. Chaque époque, chaque année a eu ses victimes : ainsi Leclerc mourut d'une déchirure qu'il se fit en ouvrant un cadavre ; Lecot et le baron Corvisart faillirent périr de la même manière ; Blandin perdit un doigt par la même cause ; il y a trois ans à peine que l'hôpital de Lariboisière a perdu deux de ses principaux élèves à la suite de piqûres anatomiques contractées en faisant une autopsie. On comprend facilement que les lésions anatomiques méritent l'attention la plus minutieuse. En général plus ces piqûres sont insignifiantes, plus elles sont dangereuses. La blessure qui saigne beaucoup est plus rarement suivie d'intoxication et même d'accidents lo-

caux. Ce n'est pas seulement dans les dépouilles mortelles de l'homme que l'on doit aller chercher la cause d'aussi terribles maladies; le cadavre putréfié de tous les animaux atteints de maladies contagieuses (morve, pustule maligne, sang-de-rate), peuvent également occasionner un panaris anatomique ou déterminer des désordres généraux mortels.

Combien d'accoucheurs portant imprudemment, dans les parties sexuelles d'une femme atteinte de blennorrhagie ou de syphilis, un ou plusieurs doigts présentant quelque nouvelle écorchure ou se blessant pendant une opération, ont été frappés de quelques-uns des accidents que nous venons d'énumérer?

Enfin dans une récente leçon de clinique, M. le professeur Béhier en parlant des préparations pharmaceutiques dans lesquelles entrent les sels de plomb, citait les compositions plombiques comme cause déterminante de panaris lorsqu'on les emploie pour les lésions traumatiques des doigts. A cet effet il cite un cas de panaris personnel développé à la suite d'une application de diachylon pour la blessure d'un doigt. Son affirmation paraît très-plausible puisque les apparitions d'érysipèle, d'érythème, d'angioleucite.... ne sont pas rares par l'usage des pommades ou onguents à base de plomb et de tout autre principe irritant. Nous pouvons encore citer quelques lésions traumatiques comme causes déterminantes: luxations de phalanges, tentatives de réduction. Si nous voulions suivre une routine assez commune, nous citerions encore comme causes de panaris, les troubles gastriques, l'état saburral des premières voies, la suppression des flux habituels (hémorrhoïdes, menstrues, transpiration) qui ayant droit de trouver place dans certains autres articles de pathologie, ne seraient ici que des causes banales, ridicules, un remplissage en un mot. Plusieurs auteurs ayant voulu leur accorder une certaine influence, nous ne pouvons les passer sous silence.

Nous avouerons toutefois que c'est sans conviction bien arrêtée que nous les faisons figurer dans ce cadre étiologique. Pour terminer nous ajouterons que l'on a vu souvent le panaris se développer spontanément sans cause connue, et nous avons vu que c'est faute de pouvoir lui assigner une cause bien déterminée que quelques auteurs lui ont donné le nom de *mal d'aventure*.

Comme chaque espèce de panaris a des symptômes différents, nous allons les étudier chacun séparément.

SYMPTOMATOLOGIE.

Panaris de la première variété ou panaris superficiel.

On lui a donné encore les noms de *tourniole*, *mal d'aventure, mal blanc*. Il siége entre l'épiderme et le derme c'est-à-dire dans la couche de Malpighi. Il peut revêtir différentes formes extérieures qui en ont fait ses sous-variétés ; avant de les passer en revue disons d'abord que le panaris est une affection qui se termine très-rarement par *résolution*, pour ne pas dire jamais. Aussi sa forme *érythémateuse* se terminant par délitescence ou résolution ne devrait prendre le nom de panaris qu'avec une extrême réserve. Mais pour ne pas contredire les hommes d'expérience nous allons en faire la description.

1° *Forme érythémateuse.* — Rougeur diffuse, d'une teinte rosée avec léger prurit, d'abord incommode, puis remplacé peu à peu par une douleur pulsative avec sensation de chaleur dans le point affecté. Il peut parfois exister une sorte d'appareil fébrile caractérisé soit par une perte d'appétit, soit par de l'insomnie... Mais dans d'autres cas ces phénomènes saillants peuvent faire défaut. Si cette forme de panaris d'après certains auteurs, se termine par résolution, on voit au bout de un à deux jours le gonflement diminuer et la rou-

geur disparaître ; l'épiderme s'écaille, tombe et se renouvelle. Voilà les caractères du panaris érythémateux se terminant par résolution. Nous verrons que le plus souvent les faits se terminent autrement.

2° *Forme vésiculeuse ou phycténoïde.* — Si au bout de trois jours les signes décrits précédemment ne se sont pas atténués ou n'ont pas disparu, la forme érythémateuse passe à l'état vésiculeux ou phycténoïde : la couche de Malpighi devient le siége d'une hypersécrétion séreuse ou séro-purulente qui décolle insensiblement l'épiderme surtout dans les points où la peau présente le plus de finesse (faces latérales, faces dorsales du doigt malade. Peu à peu la collection prend la forme de la phlyctène d'une brûlure au deuxième degré et s'entoure d'un liséré ou auréole rosée. Cette phlyctène est liquide, séreuse, limpide ou blanchâtre et trouble, selon l'abondance des corpuscules pyoïdes. C'est dans ce cas qu'on donne au panaris superficiel le nom de *mal blanc ;* d'autres fois la phlyctène est bleuâtre, séro-sanguinolente, s'il y a eu épanchement de sang dans son intérieur. M. Michel de Strasbourg pense que l'état purulent est dû plutôt à la prolifération des cellules épithéliales qu'à la présence des leucocytes. Il est probable qu'il tient au mélange de ces deux éléments cellulaires. En effet, dès qu'il y a des hématies en cas de sérosité sanguinolente, il y a également des leucocytes dans l'existence de liquide puriforme, surtout lorsque la phlyctène présente une couleur plutôt jaunâtre que lactescente. Cette phlyctène est ouverte par le chirurgien ou bien elle s'ouvre d'elle-même et alors son enveloppe se flétrit, devient sèche, la sécrétion liquide disparaît et est remplacée par l'apparition d'une couche épithéliale de nouvelle formation, fine, rougeâtre; ou bien si l'épiderme est dur, comme chez les individus qui travaillent les mains, et qu'on ne crève pas la phlyctène, ou que l'on n'enlève pas son enveloppe, la tension exercée par le liquide

sécrété distend insensiblement l'épiderme et l'affection vésiculeuse peut alors envahir tout le doigt. Il se développe surtout à la face dorsale de la phalange et de la phalangette. Sa fréquente apparition sur la phalangette et sa tendance et sa rapidité à contourner l'ongle, lui ont mérité le nom de *tourniole.* Lorsqu'il siége au voisinage de l'ongle il peut passer au-dessous de ce produit épithélial, le soulever et en provoquer la chute si on ne crève la phlyctène de bonne heure ; parfois l'ongle reste en place, ne tombe pas, et alors il présente une modification dans la couleur et la forme. L'ongle de nouvelle formation n'est le plus souvent qu'une espèce d'ongle racorni, mince, irrégulier comparable à une lamelle de parchemin. Dans certains cas le panaris superficiel se développe dans la matrice de l'ongle elle-même, et si le sujet est scrofuleux il peut se compliquer d'apparition de fongosités toujours sanguinolentes, implantées dans le sillon unguéal, accompagnées d'un écoulement ichoreux. Son siége, son aspect particulier en ce point lui font donner le nom de *panaris malin*, *onychia maligna* (S. Cooper, Wardrop) ; cette forme de panaris ressemble à un oxyxis scrofuleux toujours de longue durée. Aussi à cause de sa persistance il constitue le véritable *panaris chronique*. On constate surtout son existence chez les enfants et les individus cachectiques, lymphatiques ou syphilitiques, chez les ouvriers qui travaillent dans les poussières minérales ou qui manient des liquides assez irritants sans être caustiques. Il peut se montrer aussi bien aux orteils qu'aux doigts. Enfin Richter parle d'une espèce de *panaris sec* qui a été rarement mentionné par la généralité des auteurs.

3° Nous citerons encore la sous-variété appelée : panaris anthracoïde. Ravaton en a décrit le premier les caractères distinctifs. Cette forme a un siége plus fixe que les variétés précédentes : elle occupe généralement la face dorsale

les deux premières phalanges. Son développement, sans être aussi rapide et aussi considérable que celui des variétés déjà décrites, n'en mérite pas moins notre attention. Il tire son nom de la ressemblance qu'il a avec le véritable anthrax, et a son point de départ dans les follicules pileux du coussinet graisseux qui tapisse la face dorsale de la phalange et de la phalangine ; il est étranger à la phalangette, et est caractérisé par une tuméfaction circonscrite, très-rouge, livide, beaucoup plus violacée et plus douloureuse à la pression que dans les autres formes de panaris superficiel. Il est limité à la phalange sur laquelle il se développe, ou bien s'il occupe les deux phalanges le gonflement présente une dépression au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Au bout de sept à huit jours cette tuméfaction violacée est surmontée d'îlots consistant en de petites saillies furonculeuses, isolées, provenant de l'inflammation des bulbes pileux.

Ces îlots, terminés par un point blanc, dans lequel est implanté un cheveu, ressemblent à une sorte d'*acné pilaris* parvenu à la période de suppuration. Un appareil fébrile caractérisé par l'insomnie, une douleur tensive accompagne généralement le panaris anthracoïde. Vers le second septénaire, il se termine par l'expulsion d'autant de bourbillons que de saillies furonculeuses ou bien par la gangrène, comme dans toute espèce d'anthrax, et devient alors un véritable panaris gangréneux.

Deuxième variété de panaris ou panaris sous-dermique ou phlegmoneux.

Cette forme siége dans l'épaisseur du derme ou dans le tissu cellulo-adipeux qui tapisse la peau. Elle mérite plus d'attention que la forme précédente : le panaris sous-der-

mique peut se développer aussi bien à la face dorsale qu'à la face palmaire des doigts.

Néanmoins il débute le plus souvent par celle-ci, et de là il gagne rapidement les faces latérales et dorsales. Cette rapide migration s'explique par la structure anatomique de la couche celluleuse qui double le derme : à la face palmaire le tissu dermique est épais, très-dense et la couche sous-dermique est si mince qu'elle se confond avec le périoste, tandis qu'à la face dorsale elle est si lâche, si lamelleuse, que l'inflammation et la suppuration tendent à gagner la région dorsale des phalanges. De là elle se propage parfois jusqu'aux espaces interdigitaux, à la face dorsale de la main et même à l'avant-bras où elle peut revêtir tous les caractères d'un phlegmon diffus. Souvent cette variété de panaris s'accompagne en peu de temps de phénomènes très-sérieux pour ne pas dire alarmants : Ainsi, au début, on ne constate d'abord qu'une douleur aiguë, tensive, avec rougeur et gonflement limité au doigt primitivement atteint ; au bout de deux à trois jours l'inflammation augmente d'intensité; à la douleur d'abord prurigineuse succède une véritable douleur pulsative *térébrante* (Astruc), intolérable, surtout vers le soir et la nuit. Le doigt se déforme, et tandis que la face palmaire reste violacée, les faces latérales et dorsales deviennent le siége d'un gonflement œdémateux, d'où résulte l'aspect *fusiforme* que présente le doigt ; les mouvements de flexion sont très-pénibles, très-douloureux, sans toutefois être abolis. Pour peu que le travail inflammatoire arrive à la racine des doigts, il peut survenir de l'érysipèle à la face dorsale de la main, des lymphites presque toujours suivies d'adénite dans les ganglions épitrochléens et même axillaires. Avec ces complications apparaît tout le cortége des phénomènes morbides qu'on observe dans toute phlegmasie intense : chaleur à la peau, soif ardente, inappétence, parfois céphalalgie et même

ne agitation pouvant aller jusqu'au délire et aux convul-
ons tétaniques. Cette variété de panaris se termine très-
rement par résolution. On voit presque toujours survenir
suppuration dans l'espace de sept à huit jours, celle-ci
uit une marche qu'il n'est pas inutile de connaître : tantôt
action centrifuge du pus est assez forte pour éroder le
erme et se faire jour au dehors; tantôt le derme est si dur et
épais (forgerons, maçons), que le liquide purulent se pro-
age vers la face dorsale du doigt, et il s'échappe alors par
ne ou plusieurs fistules purulentes ; dans certains cas, le pus
oulevant la racine d'un durillon, va se loger entre le derme
t l'épiderme, où son aspect se trahit par l'apparition d'une
hlyctène purulente ou séro-purulente. L'existence de ces
eux nappes de pus, communiquant ensemble par un orifice à
avers le derme, constitue ces abcès justement appelés :
bcès en forme de bouton de chemise, abcès en bissac, par
illustre chirurgien de l'hôpital de la Charité, le professeur
elpeau.

L'existence de cette double couche de liquide purulent se
onstate de plus en plus en exerçant une pression méthodique
utour de l'orifice éliminateur lorsque la phlyctène a été
ompue.

En effet, si le contenu de la phlyctène paraît évacué, il n'y
qu'à presser fortement pour faire sourdre un écoulement de
us qui, de la couche sous dermique, traverse le derme pour
enir remplir l'ampoule sous-épidermique. Dans ce cas, l'in-
ication thérapeutique dit assez clairement qu'il n'y a qu'à
nciser le derme pour faciliter l'écoulement du pus renfermé
ous la peau ; dans d'autres cas, si le derme résiste trop
ongtemps à l'action du pus, celui-ci attaque les parties
rofondes, use la gaîne des tendons fléchisseurs et le panaris
hlegmoneux se complique alors d'un panaris de la troisième
spèce, complication toujours compromettante pour les mou-

vements tendineux et articulaires, comme nous le verrons incessamment.

Aussi, nous le répétons encore une fois, l'incision du derme est le moyen le plus sûr et le plus prompt pour diminuer les symptômes inflammatoires et surtout la douleur, et pour prévenir toutes ces complications secondaires.

1° C'est au panaris de la deuxième variété qu'il faut rapporter surtout la sous-variété appelée : panaris *gangréneux* (obs. 5). Il ne diffère du panaris phlegmoneux ordinaire que par la rapidité de son évolution et la destruction des tissus.

Le derme devient en peu de temps le siége d'une tension excessive, d'une rougeur vineuse intense qui envahit rapidement la face dorsale où la tuméfaction atteint son plus grand développement, toujours, bien entendu, d'après les données anatomiques. Il peut exister sur une ou plusieurs phalanges à la fois, grâce à la rapidité de son extension. Chose curieuse ! mais que l'on constate dans toute affection passant à l'état gangréneux, les symptômes de la phlegmasie aiguë s'apaisent presque subitement et sont remplacés aussitôt par une sorte de calme-plat : les filets nerveux étant comprimés et pour ainsi dire étouffés, la circulation capillaire étant entravée et parfois anéantie, la douleur pulsative se transforme en douleur gravative; à la couleur rosée succède une couleur terne, parsemée de taches ecchymotiques, bleuâtres, sphacélées, surviennent des phlyctènes remplies d'une sérosité rougeâtre ou séro-sanguinolente.

On constate, en un mot, tous les signes d'une véritable modification des tissus. Si le chirurgien n'intervient rapidement, ces petites eschares se réunissent et tout le doigt devient noirâtre dans une étendue plus ou moins limitée. A la chute de ces points mortifiés existera des ulcérations qui peuvent dans certains cas se borner à l'épaisseur du derme, tandis

ıe dans d'autres circonstances, en pénétrant presque dans gaîne des tendons, elles provoqueront tous les symptômes l'un panaris tendineux.

Nous pourrions citer ici une forme de panaris qui, par son ége spécial et sa marche particulière, a été appelée par . Bauchet, *panaris de la pulpe unguéale.* Mais puisque ce ernier, lorsqu'il n'attaque pas le périoste, ne diffère du panaris phlegmoneux ordinaire que par son siége limité à la halangette, nous rapporterons sa description à l'article *panaris périostique*, à cause des liaisons qu'il présente avec cette quatrième variété de panaris.

Troisième variété de panaris.

La troisième variété de panaris est encore désignée par es noms de « *panaris profond*, *panaris de la gaîne des tendons.* » C'est la variété la plus grave à cause des symptômes généraux qui l'accompagnent et des conséquences qui peuvent en résulter. Mais la gravité de ses désordres varie selon que l'affection occupe la gaîne tendineuse de tel ou tel doigt et d'après les anomalies que peut présenter la gaîne tendineuse. Ainsi, pour l'indicateur, le médius et l'annulaire, la tuméfaction ne dépasse qu'avec beaucoup de difficulté la racine de ces trois doigts. Cependant, parfois la phlegmasie peut s'étendre jusqu'à la paume de la main, lorsque par exception la synoviale du doigt malade communique avec celle de la main, ou bien dès que le cul-de-sac synovial est perforé par la suppuration. Dans ces deux cas, le mal n'étant plus arrêté au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, le pus s'étale dans les gaînes de la paume de la main, du poignet et de l'avant-bras. Il en résulte des douleurs atroces et parfois la mortification des tendons et des gaînes synoviales ou bien des adhérences cutanées capables d'anéantir tout mouvement d'extension.

Mais le panaris débute-t-il par le pouce ou par le petit doigt? les choses se passent alors autrement. Dans ce cas la phlegmasie gagne inévitablement la main et l'avant-bras ; la paume de la main reste enfoncée et à l'abri de toute tuméfaction, tandis que les éminences thénar ou hypothénar sont seules le siége de gonflement, et si la cavité palmaire est envahie, ce n'est que lorsque l'inflammation arrivée dans la gaîne commune, s'étendant par progression, rétrograde dans la gaîne des tendons médians. C'est par ce mécanisme que la plegmasie du pouce peut passer dans le petit doigt et *vice versa*. Mais quel que soit le doigt primitivement atteint, les symptômes locaux sont toujours les mêmes.

Ces symptômes phlegmasiques sont : une douleur sourde et profonde, l'apparition lente d'une tuméfaction uniforme à la face palmaire des deux premières phalanges, d'où résulte que le doigt ressemble à un fuseau. Avec cette tuméfaction fusiforme coïncide la flexion de la dernière phalange, laquelle est recourbée en forme de crochet et semble comme atrophiée relativement au volume des deux premières phalanges ; les mouvements sont très-difficiles sinon impossibles et s'accompagnent de douleurs atroces, capables de faire pousser des cris au malade et même de lui donner des convulsions et quelquefois des syncopes. La flexion soulage lorsque le panaris occupe la gaîne des fléchisseurs; le malade recherche l'extension lorsque le mal siége dans la coulisse du tendon extenseur. Si la phlegmasie a débuté par la gaîne des fléchissseurs du pouce, celui-ci est dans une sorte d'adduction, la face dorsale ne participe que très-médiocrement à la rougeur et au gonflement. Mais quel que soit le doigt frappé, les douleurs d'abord sourdes et localisées, deviennent bientôt, comme nous l'avons déjà dit, intolérables et s'étendant au loin sur le trajet des tendons correspondants, ne laissent aucun repos au malade, ni pendant le jour ni pendant la

ıit. Comme l'inflammation a ici pour caractère constant et
ıérent à son siége, à la disposition des tissus qu'elle enva-
t, de se propager rapidement à toute la synoviale ou aux
noviales voisines, ou à celles qui lui correspondent, la
legmasie peut au bout de un à deux jours occuper tout un
igt et même s'étendre au delà ; l'on voit alors apparaître
s symptômes généraux qui s'observent rarement dans les
ux premières variétés de panaris : il n'est pas rare de con-
ıter tout un appareil fébrile avec insomnie, inappétence,
if intense, troubles nerveux, tels que délire et convulsions
aniques. Il est important que le chirurgien intervienne de
nne heure, mais il n'est pas toujours facile de reconnaître
présence du pus à cause de la profondeur de la collection
rulente et de la fermeté des parois de la gaîne tendineuse.
ncision est seule capable de prévenir les fusées purulentes
les fistules multiples. Si la collection purulente se fait
ır par une ou plusieurs issues spontanées, il sort d'abord
pus crémeux bien lié, mais qui ne tarde pas à être
nplacé peu à peu par un pus séreux, séro-sanguinolent et
ème floconneux. Ces flocons peuvent être constitués par du
su cellulaire, mais le plus souvent ils sont l'indice d'une
foliation des tendons. On aperçoit alors à travers l'ouver-
e de ces foyers purulents, la gaîne fibro-séreuse éraillée,
tendons dénudés, rugueux ; parfois même les parties
ortifiées se présentent au fond de la plaie sous forme de
lotons fibreux de la teinte d'un blanc bleuâtre qui caracté-
e leur forme et leur couleur. Ces espèces d'abcès ne se fer-
ent que très-tardivement, parce que les tendons nécrosés
tretiennent une suppuration incessante jusqu'à ce que les
rties gangrenées soient éliminées. La guérison de ces abcès
fait par une cicatrisation vicieuse et presque toujours sui-
e de la diminution des mouvements de flexion et parfois
l'anéantissement complet de tout mouvement articulaire.
l'inflammation a dépassé le doigt, elle peut occasionner

les mêmes accidents dans les synoviales palmaires du p gnet et même déterminer un phlegmon superficiel ou profo de tout l'avant-bras. La chirurgie reste souvent impuissa dans ce cas, et le malade succombe avec tous les signes d'u infection purulente ; c'est ce qui vient d'arriver dans le s vice de M. le professeur Gosselin, à la Charité, pour un c de panaris du pouce droit (Observation 1).

Dans d'autres cas, l'inflammation, au lieu de se transmett en longueur, se propage en profondeur ; elle attaque le p rioste, les os eux-mêmes, les ligaments articulaires ; de l'ér sion des surfaces et des liens articulaires résultera une mob lité anormale des phalanges les unes sur les autres avec cet sensation de craquement qui caractérise l'arthrite sèch Parfois le travail inflammatoire, au lieu de produire d mouvements anormaux, peut occasionner une raideur artic laire assez prononcée pour empêcher tout mouvement d flexion et d'extension. La perte des mouvements articulair n'est pas encore la seule conséquence de l'arthrite : à la sui d'un traitement mal dirigé, il n'est pas rare de voir l'adhé rence des tendons avec les parois synoviales ou avec les tissu ambiants du doigt malade ; le métacarpe, le carpe et mêm le poignet sont condamnés à un état de flexion permanente s la lésion siége dans la gaîne des fléchisseurs, ou dans l'exten sion forcée si elle a porté sur les tendons extenseurs.

Quatrième variété de panaris.

Le panaris de la quatrième espèce, appelé encore *panari périostique*, a été rejeté par quelques auteurs ; de ce nombr sont MM. Richet et Bauchet, etc., etc. Ce dernier, n'envisagean que sa fréquence sur la dernière phalange, en fait une sous variété de panaris phlegmoneux appelé panaris de la pulp digitale ; M. le professeur Richet en fait une simple périostit consécutive au panaris de la deuxième variété. Cependan nous avons déjà vu que la plupart des auteurs, tels que Vel

peau, Garengeot, Roux, Richerand, Jarjavay, etc., reconnaissent réellement une quatrième variété de panaris, laquelle n'est autre chose qu'une périostite primitive ou consécutive. Ceux qui nient cette dernière forme de phlegmon se basent sur ce que le périoste n'est pas ou n'est que très-rarement le siége primitif d'une inflammation phlegmoneuse. Quelque rare que soit cette inflammation périostique primitive, elle n'en existe pas moins, d'après le grand nombre d'auteurs qui se prononcent pour l'affirmative, et nous ne craignons pas de partager leur avis. Pourquoi, en effet, le périoste des phalanges ne s'enflammerait-il pas primitivement, spontanément, aussi bien que celui du fémur, du tibia? Les douleurs ostéocopes, la rapidité avec laquelle la phalangette se nécrose, ne sont-elles pas encore des signes caractéristiques d'une quatrième variété de panaris? En jouant sur les mots, si l'on voulait refuser le nom de panaris périostique à l'inflammation du périoste des doigts, pourquoi accorder le nom de panaris profond à l'inflammation de la gaîne des tendons? On ne voit pas pourquoi la synovite des gaînes tendineuses mérite plutôt le nom de panaris tendineux que la périostite celui de panaris périostique. Cette quatrième forme étant admise, nous allons la décrire avec tous les symptômes qui peuvent la différencier des formes précédentes.

Nous dirons d'abord que le panaris périostique peut exister sur toutes les phalanges, mais qu'on l'observe le plus ordinairement à la phalangette. Cette fréquence se démontre facilement par l'absence de la gaîne tendineuse, la position superficielle de son périoste et la continuité de ce dernier avec le coussinet cellulo-fibreux qui constitue la pulpe digitale; par le frottement, les usages divers auxquels la phalangette est naturellement plus exposée que les autres phalanges. La phlegmasie qui occupe cette dernière phalange se caractérise par un gonflement plus marqué à la face palmaire

qu'à la face dorsale, une rougeur plus intense, une douleur très-forte, ostéocope moins tensive que dans le panaris de la gaîne. La tuméfaction, tout en restant limitée à la phalangette peut, comme dans les cas de panaris de la deuxième ou de la troisième variété, déterminer des douleurs tellement insupportables que le malade est parfois pris d'un délire furieux. David raconte qu'un meunier n'hésita pas à se couper le doigt avec une hache pour mettre fin à l'atrocité de ses souffrances, et cet acte de désespoir ne paraît pas incroyable quand on passe en revue l'ensemble des traitements ou des moyens empiriques suscités par la douleur du phlegmon des doigts. On a diversement cherché à expliquer la cause intense des grandes douleurs qui accompagnent la dernière variété de panaris : l'on pensait autrefois qu'elles étaient dues à la distension continuelle, au tiraillement des mailles du tissu cellulaire ou du périostie. Mais Haller et Hunter ayant prouvé l'insensibilité du tissu fibreux, on a fait depuis longtemps justice de cette opinion. Rognetta les attribuait à l'inflammation des nerfs périostiques ; il n'a pas complétement tort. Mais il paraît plus raisonnable d'en rechercher la cause dans la compression de ces nerfs périostiques résultant de la congestion qui s'opère sous l'influence du travail morbide. Ce qui fait la gravité de cette variété de panaris, c'est la rapide apparition de la gangrène du squelette.

M. le professeur Richet explique l'invasion prématurée de la carie osseuse par le défaut de la coulisse fibro-synoviale qui tapisse les autres phalanges et l'abondance du tissu cellulaire qui en cet endroit favorise le développement d'une abondante suppuration. Celle-ci gagne presque toujours la phalange subjacente avec une rapidité effrayante, et souvent la nécrose est avancée lorsque le chirurgien commence à intervenir.

M. Bauchet affirme expérimentalement « que, toutes les fois

que, l'inflammation de la pulpe n'est pas arrêtée dans son évolution, elle doit fatalement se terminer par la nécrose de la phalange unguéale; bien plus, toutes les fois, dit-il, qu'une inflammation persiste dans la pulpe d'un doigt depuis plus de huit jours, fatalement la phalangette sera nécrosée.»

Parfois la tuméfaction gagne la face dorsale et soulève l'ongle; elle peut, par voie de contiguité, gagner la phalangine et donner lieu à un panaris de la gaîne si l'inflammation gagne l'articulation phalangino-phalangettienne, le doigt semble s'allonger; si elle ne dépasse pas cette articulation, la dernière phalange devient volumineuse, arrondie, globuleuse, et lorsque le chirurgien donne issue à la collection purulente ou que celle-ci s'ouvre spontanément, on constate presque toujours, en sondant la plaie avec un stylet, une nécrose de l'os, caractérisée par la sensation d'un corps dur, rugueux; si la lésion est avancée, si les ligaments articulaires sont usés, on peut constater une grande mobilité de la phalangette; alors elle joue le rôle de corps étranger dans la plaie et devient une cause de suppuration intarissable; son extraction devient dès ce moment inévitable et nécessaire. Cette opération se fait à l'aide d'une pince, après avoir préalablement élargi le conduit fistuleux. Dans certains cas, la phalangette, nécrosée par une suppuration de plusieurs mois, est réduite au tiers, au quart de son volume; parfois on ne trouve même que des fragments osseux dissociés, dont l'ablation complète est bientôt suivie de la cicatrisation du moignon. Velpeau n'hésite pas, lorsqu'il a affaire à un panaris datant de quatre à cinq semaines, à pratiquer une incision et à saisir la phalangette avec de fortes pinces; il n'attend pas que l'os nécrosé soit complètement mobile, flottant au milieu de la pulpe digitale. La cicatrisation de la cavité qui résulte de cette ablation se fait tantôt par l'accolement des parois de la plaie, tantôt par une production de

bourgeons charnus dont le développement doit être surveillé. Dans le premier cas, l'extrémité du doigt perdant de sa forme applatie devient effilée et cylindrique. Dans le second cas, si les bourgeons charnus ne sont pas réprimés à temps, ils constituent une sorte d'hypertrophie ; l'extrémité du doigt devient volumineuse, globuleuse, et présente la difformité appelée doigt *en massue*. On comprend facilement combien cette infirmité, tout en donnant une forme disgracieuse à la main, peut devenir gênante pour certains travaux manuels.

Lorsque le panaris périostique occupe les deux premières phalanges, il présente les mêmes symptômes, la même marche, et les conséquences peuvent être identiques. Celles-ci peuvent être encore plus graves parce que le panaris périostique peut frapper plusieurs phalanges à la fois et se compliquer des deuxième et troisième variétés de panaris, dont il n'est souvent lui-même qu'une fâcheuse conséquence.

Avant de terminer nous ajouterons que Richerand, M. Bauchet..... frappés de la marche subaiguë de cette affection, en rapportent parfois l'existence à un état diathésique, à la scrofule, à la syphilis; cette opinion ne peut être mise en doute, puisque toute affection pathologique revêt en général le caractère de la constitution diathésique de l'individu.

MARCHE, DURÉE.

Nous venons de passer en revue l'ensemble des symptômes qui caractérisent chaque espèce de panaris, considérée isolément. Nous allons voir maintenant que la marche, la durée et la terminaison de cette affection varient également, selon ses variétés, d'après l'état constitutionnel et les conditions du malade.

Le *panaris érythémateux* affecte généralement une marche aiguë et se comporte un peu comme l'érysipèle, comme une simple dermite; cette inflammation disparaît assez vite. Elle

ne dure guère au delà de deux à trois jours, et dans l'espace de deux septénaires toute trace de plegmasie a disparu. Lorsque l'inflammation persiste davantage, c'est qu'il ne s'agit pas d'un panaris érythémateux, mais phlycténoïde ou phlegmoneux. Dans le cas de *panaris anatomique*, les phénomènes peuvent présenter deux marches bien différentes : tantôt on voit apparaître en quelques heures des désordres généraux, dont la durée est en rapport avec leur gravité ; tantôt il ne survient que des accidents locaux qui disparaissent dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures.

On a comparé la marche du *panaris vésiculeux* (observation III) à celle d'un vésicatoire. On voit, en effet, apparaître pendant un, deux, trois jours de la rougeur, puis une petite collection séreuse d'abord transparente, mais qui ne tarde pas à se troubler ; elle perfore bientôt la couche épidermique et laisse le derme à nu et enflammé, comme lorsqu'on enlève prématurément la cloche d'un vésicatoire. Au bout de six à sept jours, l'épiderme se dessèche, se détache et le derme apparaît sous un aspect rosé ou rouge violacé qu'il conserve jusqu'à ce que les nouvelles couches épidermiques soient déclarées en restant exposées au contact de l'air pendant quelques semaines.

La durée de cette forme de panaris n'est que de un à trois septénaires lorsqu'il est soigné méthodiquement. Mais la guérison peut se faire attendre beaucoup plus longtemps si on n'ouvre pas la phlyctène purulente. J'ai vu un malade assez pusillanime pour reculer devant une si légère opération, et conserver la collection purulente intacte pendant onze jours. La guérison n'a été complète qu'au bout de quatre semaines. Dans ce cas le pus attaque le derme, l'irrite et en retarde la cicatrisation. Nous avons vu même que cette espèce de panaris peut dans certains cas durer indéfiniment et constituer une sorte de *panaris chronique* : c'est lorsque

siégeant à la base de l'ongle lui-même, il est suivi du développement de bourgeons charnus qui finissent par détruire la matrice unguéale. Si le chirurgien n'attaque vivement ces excroissances à l'aide du bistouri ou du ciseau et d'un caustique quelconque tout en prescrivant en même temps un traitement interne, lorsque, l'indication l'exige, cette affection présentera dans sa marche et sa guérison tous les caractères d'une véritable affection chronique. En pareil cas l'usage de l'huile de foie de morue est aussi plausible que pour l'ophthalmie scrofuleuse, et que la prescription des mercuriaux lorsqu'on soupçonne un vice syphilitique.

Le *panaris anthracoïde* marche plus lentement. Il paraît rester stationnaire pendant quatre, six, dix jours parfois, puis peu à peu les saillies furonculeuses se dessinent, les bourbillons se détachent, la plaie se déterge, et la cicatrice s'opère comme pour l'anthrax ordinaire.

Sa durée peut être évaluée à vingt ou trente jours à moins qu'il ne se soit développé une gangrène trop profonde ou un panaris de la troisième ou de la quatrième variété.

Le *panaris sous-cutané,* comme le phlegmon des membres ou du corps suit une marche aiguë et plus ou moins compliquée. Dans l'espace d'un, deux, trois jours, apparaissent des traces de rougeur et de la tuméfaction. Après être resté stationnaire de quatre à six jours le gonflement prend une teinte bleuâtre, se ramollit et la suppuration apparaît avec tous les signes caractéristiques. Si le pus s'écoule la guérison ne se fera pas attendre longtemps.

La durée moyenne de ce panaris est de trois à cinq septénaires. Mais lorsque la gangrène a compliqué sa marche il peut durer jusqu'à deux et même trois mois.

Lorsqu'il n'existe pas de complications le *panaris de la gaîne* présente le processus d'une simple synovite suppurée. Il a une durée indéterminée mais dont on pourrait néan-

noins évaluer l'évolution à deux ou trois mois dans les cas es plus bénins. Malheureusement il se complique le plus ouvent d'accidents périostiques ou de phlegmons palmaires t dès lors on ne peut lui assigner une marche régulière ni ıne durée bien déterminée. Il n'est pas rare de voir cette ffection prendre un caractère chronique dont le résultat atal n'est que trop souvent une amputation du doigt ou une aideur permanente des articulations malades (observation IX).

Le *panaris périostique* (observation VI) présente dans sa ériode de développement, son processus et la marche des ymptômes, plus d'incertitude que les formes déjà étudiées. Tout phénomène primitif ou concomittant semble dépendre non-seulement de l'élément anatomique, mais encore de la onstitution du malade. C'est le cas de faire jouer un grand ôle à la scrofule, au lymphatisme, à la syphilis. S'il est vrai que ces divers états morbides sont capables de développer ar leur influence la périostite, les synovites spontanées aux nembres inférieurs, pourquoi ces mêmes lésions ne se nontreraient-elles pas aux doigts qui sont des organes sujets un exercice continuel et des plus variés ?

TERMINAISONS.

En passant en revue les diverses formes de panaris nous vons indiqué leurs phases successives et leur durée, reste à xaminer leurs différents modes de terminaison. Ils méritent ıne certaine attention, parce que si dans l'immense majorité les cas, le panaris ne se termine pas par la mort, il laisse à a suite des lésions plus ou moins durables, très-souvent ncompatibles avec l'exercice régulier des doigts et de la nain. En tenant compte de la variété et de la fréquence des nutilations que le panaris laisse après lui, tout chirurgien onsciencieux doit se demander, en voyant éclater cette affecion, quelle sera sa terminaison, quelles en seront les con-

séquences. Le résumé de ses conclusions sera à peu près complet lorsqu'il supposera que le phlegmon des doigts, comme toute phlegmasie aiguë, peut se terminer par l'une des manières suivantes : *résolution*, *suppuration*, *exfoliation* des tendons, *induration* avec *atrophie* ou avec *hypertrophie*, *gangrène*, *nécrose*, *ankylose*, et enfin la *mort* quelquefois.

La *résolution* est le mode de terminaison le plus heureux, mais, comme nous l'avons déjà dit, il est le plus rare. Elle ne s'observe guère que dans le panaris érythémateux. Dans ce cas, l'épiderme se flétrit dans deux ou trois jours, et il en résulte une desquamation suivie d'une rougeur qui disparaît dans dix à quinze jours. Telle est la double terminaison par *résolution* et *desquamation*, mode de guérison qu'on n'observe presque jamais dans les autres variétés de panaris. Cette rareté tient à la nature intime des doigts et surtout à ce que les malades négligent souvent leur mal au début, continuent leurs travaux manuels, ou bien se soumettent à ces traitements aussi dangereux qu'absurdes que s'empressent de leur fournir les commères ou de cupides charlatans. On pourrait en dire autant de tous ces fameux rebouteurs, guérisseurs que la superstition du vulgaire aime à exalter, et auxquels elle attribue un *don divin* se transmettant de père en fils comme la *célèbre pilule perpétuelle* ou bien, comme autrefois, entre les rois de France le prétendu monopole de la guérison des écrouelles. Souvent c'est pour avoir écouté trop longtemps cette charité mal entendue ou essayé d'un spécifique composé dans l'officine d'un inventeur, de remèdes secrets ou dans l'arrière-boutique d'un *marchand de vin*, qu'un panaris des plus légers a passé à la variété la plus grave et nécessité parfois de sérieuses mutilations.

La *suppuration* est sans contredit la terminaison la plus commune. Le plus souvent elle est locale, bornée à la partie primitivement envahie par la phlegmasie, et se caractérise

r une phlyctène séro-purulente ou purulente, comme dans tourniole, ou par une véritable collection de pus crémeux, mme dans le panaris phlegmoneux. Les parois de la phlyc- ne érodées par le pus donnent issue à ce liquide, qui devien- ait dangereux en stagnant trop longtemps à la surface du rme et c'est ce qui arrive lorsque l'épiderme est trop épais, mme chez les ouvriers maçons, les forgerons.... Dans ce s il perfore la peau et s'étale sous le derme. Il en résulte ors une double couche purulente, l'une sous-épidermique, l'autre sous-dermique, communiquant ensemble par un ou usieurs pertuis. Nous avons déjà vu que l'on désignait ces ux nappes de pus sous le nom d'abcès *en bissac*. Dans elques cas, la collection purulente, ne gagnant pas en pro- ndeur ou ne trouvant pas une issue au dehors, est capable décoller toute la couche épidermique du doigt malade. Si suppuration siége au voisinage de l'ongle, elle peut le coller et en occasionner la chute. Toutes ces complications sont que des accidents bénins; mais, lorsqu'il s'agit d'un naris de la troisième variété, le pus est capable d'occa- nner des désordres sérieux : en formant des fusées puru- ntes dans les gaînes synoviales, il va jusqu'à produire des legmons palmaires et de l'avant-bras, des synovites suivies rtérites suppurées et de l'exfoliation des tendons.

La suppuration est la terminaison fatale du panaris périos- ue. Ici elle a pour résultats la perte de la dernière phalange le raccourcissement du doigt frappé de nécrose.

La terminaison par *gangrène* (observation 5) est assez rare, is on l'observe dans certains cas. Elle envahit rapidement ute une phalange ou le doigt tout entier. Elle se présente ivent dans la forme anthracoïde, laquelle se termine par ensemble de bourbillons qui constituent une véritable que gangréneuse suivie d'une ulcération simple. L'inva- n de la gangrène s'annonce par la diminution ou la cessa-

tion rapide de la douleur, une chaleur peu intense, l'affaiblissement de la tuméfaction, l'apparition d'une couleur terne, violacée qui succède à la rougeur vive de l'inflammation franche ; bientôt se montrent des phlyctènes à sérosité rougeâtre. Si la gangrène occupe une certaine étendue, il peut en résulter des désordres généraux : prostration, pouls petit et irrégulier, langue sèche et fuligineuse, inappétence.... lorsque l'affection gangréneuse n'est pas enrayée dans sa marche ou son extension, elle envahit la main, le membre supérieur en entier, et le malade succombe parfois, ou bien il traîne dans une longue convalescence ; dans certains cas la vie elle-même ne peut être sauvegardée ou la guérison n'est possible qu'au prix d'une amputation du bras.

L'*induration* est le plus souvent le résultat de la suppuration ; ainsi après l'exfoliation des tendons ou la nécrose d'une phalange, sous l'influence d'une action inflammatoire un nouvel épanchement de lymphe plastique venant s'ajouter à celui qui à la première période de la maladie a déjà infiltré le tissu cellulaire des parties malades, il en résultera des adhérences tendineuses avec les coulisses synoviales ou avec les tissus ambiants ; comme résultat final la rétraction des doigts, de la main et parfois du poignet, une roideur plus ou mois prononcée, et parfois l'impossibilité complète de mouvoir les doigts comme dans l'aukylose. Ces adhérences sont constituées par des bourgeons charnus ou par des néo-membranes. Lorsque ces bourgeons charnus se développent considérablement dans là gaîne synoviale ils donnent au doigt une forme cylindrique ; lorsqu'ils s'épanouissent dans la cavité résultant de l'ablation ou de la nécrose de la phalangette, l'extrémité du doigt présente une forme globuleuse légèrement aplatie et qui constitue le véritable doigt *en massue*.

L'*ankylose* doit être aussi rangée parmi les fâcheuses terminaisons du panaris. Elle résulte d'un épanchement de lymphe

ıstique dans la cavité articulaire, ou bien d'une arthrite ıivie du dépolissement des surfaces articulaires ou de la struction des ligaments. Nous venons de voir qu'elle peut pendre d'une synovite fongueuse, alors que les tendons ne uvent plus jouer dans les coulisses synoviales. L'ankylose ut être vraie ou fausse. La première est incurable, la conde disparaît, ou du moins peut être corrigée par un itement convenable : mouvement alternatif de flexion et déflexion, travaux manuels.....

Quant à la terminaison par la *mort,* nous avons vu que xpérience et la statisque contrôlaient son existence : elle le plus souvent la conséquence de convulsions tétaniques terminées par l'acuité des douleurs ; elle peut être encore résultat d'une infection purulente ou d'une amputation sque l'inflammation a déterminé le phlegmon diffus de vant-bras ou du bras (obs. 1). Il est évident qu'en pareil cas, sque les incisions n'ont pas arrêté le mal, l'amputation est seul moyen de sauver le malade d'une mort plus ou moins ıminente et prochaine.

COMPLICATIONS.

En faisant l'énumération des divers modes de terminaison panaris, nous avons été obligé de citer quelques-unes de complications ; aussi craignant de faire d'inutiles répétiıs, nous glisserons rapidement sur cette question.

Les complications du phlegmon des doigts peuvent être isées en *locales* ou en *générales.*

Certains auteurs* en admettent une troisième classe, qui ıprend les complications appelées *coïncidences* ou *com-ations intercurrentes.* Ce sont les maladies primitives ou sécutives au panaris et survenues en dehors de son innce. Comme elles sont capables de modifier parfois son

processus pathologique, nous mentionnerons les plus fréquentes et les plus influentes.

Complications locales. — On entend par complications locales toutes les affections liées par voie de voisinage au phlegmon de la main, qu'elles siégent *loco dolenti* ou qu'elles en émanent pour s'irradier dans les parties ambiantes. Cette classe comprend : l'arthrite, la gangrène, l'adénite, l'érysipèle, les diverses espèces de phlegmons.

1° L'*angioleucite* se montre surtout sur les parties latérales des doigts et à la face dorsale de la main, et aux faces antérieure et postérieure de l'avant-bras. Elle se caractérise par des stries longitudinales, pailletées, d'une couleur rosée, circonscrivant des losanges par leurs entre-croisements ; dans leur intervalle la peau est pâle et généralement tendue et luisante. C'est surtout dans le panaris anatomique qu'on a occasion d'observer l'angioleucite, et dans ce cas il prend quelquefois en peu de temps des proportions vraiment alarmantes ;

2° L'*adénite* est le plus souvent consécutive à l'angioleucite, elle peut occuper les ganglions épitrochléens et même les ganglions du creux de l'aisselle. L'adénite traumatique ou consécutive à une lésion aiguë, telle que le panaris, etc..., se termine en général par une résolution qui coïncide avec la diminution de la lésion locale ou de l'appareil fébrile généralisé : ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle se complique de suppuration ou d'indura ion permanente. Cependant l'engorgement paraît durer plus longtemps et se résoudre avec plus de lenteur chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, surtout lorsque le panaris occupe le petit doigt ou le pouce.

3° L'*érysipèle* n'est pas rare dans les cas de panaris sérieux. Il s'annonce par de larges plaques rouges, à bords saillants, dont la coloration d'un vif intense disparaît par la pression. Il se complique presque toujours d'anédite épitrochléenne et

illaire. Si le foyer érysipélateux est étendu il s'accompagne néralement de cet état fébrile auquel Hoffmann a donné le om de *fièvre érysipélateuse :* chaleur halitueuse, soif intense, nstipation, malaise général, douleur locale, comparable à ne sensation de brûlure, peau chaude, rouge-violacé, très-ndue et douloureuse. Si la surface malade se couvre de hlyctènes, l'érysipèle est appelé érysipèle phlycténoïde. Mais ne se bornent pas tous ses caprices.

4° En effet, le *phlegmon érysipélateux* succède souvent à la ériode érythémateuse. En ce moment, on peut observer des laques gangréneuses, dont la chute laisse une ulcération régulière qui ne se cicatrise qu'après la disparition de œdème des tissus dermiques ou sous-dermiques. Ce phlegmon st encore plus grave lorsque ces deux dernières couches natomiques sont envahies, parce que la suppuration au lieu e rester localisée, peut se promener à la surface des aponé-roses musculaires et occasionner de graves désordres, dont conséquence inévitable sera le décollement du derme et la estruction de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée ;

5° L'ensemble des phénomènes précédents caractérise ce ue l'on désigne par le nom de *phlegmon diffus*. Il exerce rincipalement ses ravages à la région palmaire, à la face orsale et antérieure de l'avant-bras ; il prend un caractère tout pécial lorsqu'il se développe à la paume de la main. Dans ce ernier cas, le malade n'échappe aux douleurs pertérébrantes u panaris que pour passer aux douleurs tensives et lanci-antes du phlegmon de la paume de la main (obs. 2). Lorsque nflammation est bien prononcée, la main est dans une sorte de emi-flexion, et l'extension ne peut s'opérer qu'au prix des ouleurs les plus atroces. Lorsque l'action phlegmoneuse reste rconscrite à la main, si sa marche n'est entravée par un aitement actif, elle suit les interstices musculaires de la aume de la main ou de l'avant-bras ; se caractérise exté-

rieurement par un œdème et une tuméfaction qui sont bientôt suivis de suppuration. A la suite de ce travail ulcératif le tissu cellulaire intermusculaire est détruit, il se forme des adhérences entre les muscles superficiels et la peau ; les muscles profonds collés entre eux par leurs surfaces ne peuvent plus fonctionner qu'incomplétement ou avec une grande gêne.

6° L'*arthrite* et les *abcès périarticulaires* se développent par un mécanisme semblable, c'est-à-dire par voie d'extension et de pénétration. Nous avons déjà vu les désordres que le panaris, profond surtout, est capable de déterminer dans les articulations de la main et du poignet.

7° La *gangrène* consécutive au panaris présente divers phénomenes qui peuvent se résumer en quelques mots : perte du tissu cellulaire, exfoliation des tendons, destruction des ligaments articulaires et des synoviales, carie du squelette.

8° L'*artérite* et la *phlébite* se montrent rarement, il est vrai, mais aussi leur apparition est presque toujours suivie d'accidents funestes : infection purulente, abcès métastatiques dans les articulations du coude, de l'épaule, dans les divers viscères (foie, poumon.....) et comme dernière conséquence gangrène des extrémités, et en certains cas, mort par phlébite oblitératrice ou coagulante. Souvent, en effet, le malade, après avoir résisté à l'appareil fébrile de l'infection pyohémique succombe par suite d'une oblitération des cavités cardiques ou des vaisseaux pulmonaires, déterminée par un caillot migrateur.

9° Quant à la *pourriture d'hôpital* on ne l'observe guère que dans des cas exceptionnels, alors qu'il y a encombrement de blessés, lorsque l'air est vicié par suite de la réunion d'un grand nombre d'opérés, par défaut d'aération. Néanmoins, on l'a vue survenir parfois sans cause bien connue. Elle se traduit par un écoulement ichoreux à la surface des plaies, des moignons,.... lorsque quelques phalanges ont été enlevées :

bien elle revêt la forme couenneuse, et dans ce cas la sur-
e et le bord des plaies, au lieu de se dessécher, comme
ns l'infection purulente, perdent de leur aspect rougeâtre
se recouvrent d'une espèce d'enduit pultacé blanchâtre;
bourgeons charnus perdent leur vitalité, se flétrissent et
confondent bientôt avec cette pulpe grisâtre ou gris-blan-
âtre qui constitue un putrilage gangréneux.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES.

1° Parmi cette classe de phénomènes nous citerons le *téta-*
s. Il n'est pas rare dans les pays chauds ; mais on l'observe
ement dans les climats tempérés ou froids. Quelque rare
'il soit, pourquoi s'étonner de voir apparaître une pareille
nplication à la suite des douleurs atroces du panaris ou
s phlegmons qui en résultent, puisque la simple piqûre
ıne épingle a parfois suffi pour occasionner des désordres
aniques mortels en quelques heures.

2° Les *convulsions* sont plus fréquentes chez les enfants,
sujets nerveux ou les femmes, que chez les individus san-
iins et habitués à de pénibles travaux. Le délire, ainsi que
nsomnie, doivent être rangés également parmi les troubles
rveux.

3° En compagnie de cette surexcitation nerveuse, il existe
ivent des *troubles circulatoires concomitants* : fréquence et
vation du pouls, augmentation du calorique, frissons
atiques..... Le tube digestif peut être atteint par action
lexe et manifester ses douloureuses sympathies par de
nappétence, un aspect fuligineux, typhoïde même, lorsque
phlegmasie envahit l'avant-bras ou le bras.

4° L'*infection putride* n'est autre chose qu'un empoisonne-
nt lent, chronique, tandis que l'infection purulente est
e intoxication pyohémique à l'état aigu, à marche rapide

et presque toujours funeste. Ces deux affections quoique dérivant d'une même cause et du même principe, ont une physionomie bien distincte et un traitement tout différent. En effet, l'infection putride traîne en longueur pendant plusieurs septénaires. Si la maladie doit avoir une terminaison heureuse, les phénomènes adynamiques diminuent graduellement; à la dépression succède un état de réaction qui favorise retour à la santé ; lorsque l'affection pyohémique doit se terminer fatalement, l'adynamie augmente de plus en plus, et le malade succombe au milieu des symptômes d'une intoxication typhoïdiforme dans un espace de temps généralement assez éloigné.

5° L'*infection purulente* a une durée beaucoup plus courte et une marche plus aiguë. Elle débute par un frisson initial, presque toujours constant, plus intense que celui de l'infection putride, et se répétant dans les jours suivants, la surface des plaies se dessèche; surviennent en même temps des sueurs abondantes, une soif intense, un subdélirium ou un délire intense, furieux, et nécessitant parfois l'usage de la camisole de force; la peau est terne et présente une teinte subictérique, la respiration est pénible, le pouls est accéléré, petit et filiforme. Cet état dynamique ou ataxo-dynamique est bientôt remplacé par une profonde prostration qui emporte rapidement le malade dans le premier ou le second septénaire. A l'autopsie, on trouve des traces de phlébite, d'abcès métastatiques dont nous avons déjà parlé.

COMPLCIATIONS DE COINCIDENCE.

Les affections dites *complications de coïncidence* ne sont liées au panaris que d'une manière tout à fait indirecte puisqu'elles surviennent en dehors de son influence. Néanmoins, le sujet de notre thèse ne saurait être complet sans en faire mention. En effet, toute maladie intercurrente se mani-

stant par une réaction générale est capable de modifier la arche, la terminaison de toute affection traumatique et est à ce titre qu'elle est digne d'occuper une place dans le aragraphe des complications. Parmi cette classe de malaes nous citerons quelques-unes de celles qui paraissent voir une véritable influence. En première ligne viennent : fièvre typhoïde et toutes les affections typhiques en généil, les fièvres éruptives, les maladies charbonneuses, l'ictère rave qui règne principalement dans les pays chauds, les ouleurs rhumatismales, l'état scrofuleux ou cachectique, la rédisposition aux engelures qui, dans les pays froids, en prongeant la durée des plaies ou des blessures, peut leur nprimer une forme gangréneuse.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du panaris est en général assez facile quand n le considère à ses diverses périodes. Mais il ne suffit pas ulement de diagnostiquer cette affection de tant d'autres ui peuvent lui ressembler. Le praticien doit encore cherer à connaître en face de quelle espèce il se trouve, et cette stinction est très-importante, puisque le mode de traitement dérive d'une manière immédiate. Pour bien poser ce gnostic, il faut d'abord tenir compte de la constitution et la profession du malade, du siége de la maladie, de la son...

Le phlegmon des doigts ne peut guère offrir de la ressemnce qu'avec les affections suivantes : brûlures, engelures, na-ventosa, arthrite scrofuleuse, enchondrome, gangrène ontanée, tumeurs cancéreuses, onyxis, synovites tendiuses.

Une brûlure au premier degré ne peut ressembler qu'à la emière variété de panaris, et la cause déterminante de ffection indiquera elle-même le diagnostic.

L'engelure peut offrir des ressemblances avec le panaris érysipélateux, mais dans la froidure les parties malades sont froides, glacées, peu ou point indolentes ; au moment de la guérison, on constate un prurit plutôt incommode que douloureux.

Le spina-ventosa n'atteint guère que les jeunes enfants ou les sujets scrofuleux. Il a une marche très-lente ; il y a absence de douleur, ou bien si elle existe, elle est obtuse et très-profonde ; de plus la tuméfaction porte sur les os plutôt que sur les parties molles, surtout au début de l'affection. La coexistence de quelques scrofulides, toute trace d'un tempérament strumeux peuvent encore aider à la conclusion d'un véritable diagnostic.

L'apparition d'une tuméfaction simulant une demi-fluctuation, survenue sans douleur et n'existant qu'à la face palmaire distingueront la synovite tendineuse chronique à son début. Plus tard le gonflement présente une dureté plus prononcée et élastique, il gagne la paume de la main avec plus ou moins de lenteur, selon le doigt atteint ; la peau finit enfin par s'ulcérer en plusieurs points et, au lieu d'un écoulement phlegmoneux comme dans le panaris de la troisième variété, on ne voit sortir que des fougosités.

Les synovites riziformes donnent une crépitation particulière qui n'existe pas dans la synovite fongueuse chronique.

L'arthrite frappe l'article avant de gagner les tissus ; au début le mal n'est pas superficiel, mais profond, la douleur se réveille surtout en imprimant des mouvements aux phalanges.

L'onyxis, *onglade* (Astruc) ; *onychia maligna* (Wardropp), *ongle incarné* (Monteggia).... ne pourrait offrir des ressemblances qu'avec le panaris de la première variété, mais avec un peu d'attention il est facile de distinguer la tourniole d'avec les diverses sortes d'*onglades*.

L'onyxis latéral n'apparaît qu'à la longue lorsqu'un individu use depuis longtemps d'une chaussure trop étroite (orteils) ou qu'il manipule habituellement des produits chimiques (doigts); elle se caractérise par un bourrelet le plus souvent unilatéral, rouge, épais, sans apparition de vésicule phlycténoïde, mais à bords sanguinolents, très-douloureux lorsque le bourrelet est excorié, le rebord unguéal s'enfonce dans les chairs, ce qui rend la marche très-pénible.

L'onyxis rétro-unguéal occupe la matrice de l'ongle; il consiste d'abord en un épanouissement du bord dermique, plus tard en des fongosités sanieuses qui s'étalent sur l'extrémité supérieure de l'ongle. De cette plaie s'écoule un pus plus nauséeux et bien diffèrent du liquide purulent ou puriforme qui s'écoule de la simple tourniole.

L'onyxis sous-unguéal ulcéreux a été bien décrit par M. Gosselin. Il présente une forme aiguë ou chronique. Le début de l'affection contribue considérablement à différencier l'onyxis d'avec la tourniole. En effet, la véritable tourniole débute en général en dehors de la matrice de l'ongle et ne gagné celle-ci que secondairement. L'onyxis sous-unguéal, au contraire, débute primitivement sous l'ongle, sous l'influence d'agents divers (échardes, piqûres, contusions, compression, introduction de liquides irritants....,) et s'annonce par une douleur unguéale avec perte de la coloration normale de l'ongle. Celui-ci est à peu près envahi par une teinte jaunâtre qui devient bientôt opaque; l'ongle est souvent décolé, et il s'échappe alors un ichor très-fétide, sanieux. Après la chute de l'ongle on constate l'existence d'une ulcération profonde, noirâtre, bornée au derme sous-unguéal très-douloureux, d'une cicatrisation difficile, et nécessitant le plus souvent l'usage des caustiques (nitrate, acide de mercure, chlorure de zinc...) aidés d'un traitement interne.

L'onyxis syphilitique se distingue par un aspect cuivré,

des ulcérations à bords taillées à pic, la teinte laiteuse de l'ongle. Il faut avouer, cependant, qu'en certaines circonstances les antécédents du malade et le traitement sont indispensables pour établir un diagnostic certain.

Le cancer, quoique rare, peut s'observer : l'âge, les antécédents, l'état général, doivent être pris en ligne de compte dans ce cas principalement.

Il existe, le plus souvent, un engorgement des ganglions épitrochléens. Le cancer encéphaloïde se manifeste longtemps avant d'ulcérer la peau, laquelle s'amincit très lentement. Il occupe de préférence les phalanges (Boyer, Rognetta); la forme cirsoïde existe surtout dans les espaces interdigitaux.

Quant aux variétés de panaris, elles sont d'autant plus faciles à diagnostiquer que l'affection est moins profonde. Mais au début de la maladie ce diagnostic est parfois très-difficile pour les trois dernières variétés de panaris.

Le panaris de la *première variété* se reconnaîtra à l'apparition d'une rougeur peu étendue, prurigineuse, bientôt suivie de résolution ou du developpement d'une phlyctène transparente faisant rapidement le tour de l'ongle lorsqu'elle se montre à son voisinage. Il y a absence de phénomènes généraux; la douleur consiste d'abord en un léger prurit, remplacé quelquefois par une douleur pulsative qui s'accompagne de l'apparition d'une phlyctène. La forme anthracoïde se caractérise par un aspect percillé par le nombre des bourbillons, la teinte violacée de la peau et le siége du mal.

Le panaris de la *deuxième variété* se distingue d'abord de la tourniole par un gonflement plus considérable à la face palmaire, une rougeur œdémateuse, diffuse, s'étendant à la face dorsale du doigt, une douleur lancinante, térébrante, une réaction fébrile générale, la durée de l'affection ; la conservation des mouvements articulaires et le siége limité de

la douleur peuvent le différencier du panaris tendineux. La forme gangréneuse, a pour caractères particuliers, la cessation subite de la douleur, la coloration violacée des tissus et la formation d'une eschare qui à sa chute laisse une ulcération plus ou moins profonde.

Le panaris *profond, ou de la troisième variété*, s'annonce par un prurit profond qui se transforme rapidement en des douleurs excessives, par une coloration violacée moins superficielle que dans les variétés précédentes, par un gonflement fusiforme du doigt, dont l'extrémité se recourbe en forme de crochet, par l'abolition des mouvements articulaires et la douleur qui existe sur le trajet des tendons qui correspondent au point malade.

Enfin, il arrive souvent que la phlegmasie occupe le doigt en entier, ou bien se propage en peu de jours jusqu'à la main et à l'avant-bras, elle peut même s'étendre jusqu'aux autres doigts, phénomènes qui ne s'observent presque jamais pour les deux premières variétés de panaris.

Le panaris de la *quatrième variété* a des signes moins certains, son diagnostic est toujours difficile jusqu'à la période de suppuration, mais alors la crépitation que produit un stylet en heurtant contre la phalange dénudée devient un signe moins équivoque de l'existence d'un panaris périostique.

Néanmoins un gonflement peu apparent, accompagné de douleurs très-vives, *ostéocopes,* très profondes et limitées à la phalangette, la durée de la phlegmasie avant de s'accompagner extérieurement des signes de suppuration, peuvent faire supposer l'existence d'un panaris périostique à sa première période.

Dans tous les cas, plus tard l'incertitude disparaît avec l'existence d'une fistule purulente.

Nota. Il n'est pas toujours facile de reconnaître la période

de suppuration de ces quatre variétés de phlegmon digital, cependant c'est la période la plus importante a connaître pour le chirurgien, c'est celle qui exige le plus son intervention, surtout dans les cas de panaris profond. Pour la tourniole il n'y a aucune difficulté ; mais pour le panaris phlegmoneux la période de suppuration est parfois difficile à diagnostiquer.

Cependant, lorsqu'après quelques jours d'atroces souffrances on percevra une sensation de mollesse, d'élasticité et que les douleurs de picotement, d'élancement auront été remplacées par des battements, on pourra presque affirmer que la suppuration existe et qu'il faut lui donner issue. Si le panaris a eu un durillon pour point de départ, le diagnostic sera plus facile.

A la période de suppuration, le panaris de la gaîne ne présente pas toujours une fluctuation bien prononcée, même lorsque le pus est déjà collecté. Souvent ce n'est que l'aspect de la partie malade, la date du début de la phlegmasie, la durée des douleurs existant depuis plusieurs jours et quelquefois les frissons qui peuvent faire présupposer l'existence de la suppuration.

Dans certains cas, une piqûre sera seule la véritable pierre de touche.

Pour le panaris périostique, l'incertitude est encore plus grande ; néanmoins on peut en conclure que, lorsque les douleurs existent depuis plusieurs jours, le pus est déjà formé et même on peut supposer un commencement de carie si l'on n'a pas pu pratiquer une incision de bonne heure.

PRONOSTIC.

La gravité du pronostic est subordonnée au degré de l'affection et en rapport avec la nature des complications orsqu'il en existe.

Le panaris de la première variété est en général une maladie bénigne, insignifiante parfois, et qui guérit rapidement lorsqu'on la traite convenablement. Mais elle peut, abandonnée à elle-même, traîner en longueur, amener la chute de l'ongle ou déterminer un panaris sous-cutané accompagné de ses complications les plus habituelles.

La deuxième variété de panaris est une affection plus sérieuse. Aussi, lorsqu'elle occupe les deux premières phalanges, la phlegmasie peut pénétrer jusque dans la gaîne des tendons ; si elle siége à la phalangette elle peut déterminer la nécrose avec déformation inévitable du doigt malade. Quoique sérieux, ce dernier inconvénient se borne à mutiler le doigt sans nuire au jeu de l'organe, comme le ferait une inflammation de la gaîne tendineuse. Mais il faut toujours redouter une autre espèce de lésion qui n'est pas sans importance : c'est la perte du tissu cellulaire sous-cutané qui, en dénudant les extrémités terminales des nerfs, en les privant de ce coussinet protecteur, rend le doigt extrêmement sensible et douloureux au moindre contact (obs. 9), à la moindre pression.

Il n'est pas rare de voir le doigt, atteint de cette infirmité, faire en quelque sorte le paresseux pendant plusieurs mois, des années même, en restant étranger aux fonctions qu'exécutent les autres doigts. Ce n'est qu'au bout d'un temps indéterminé et à mesure d'exercices qu'il perd cette sensibilité accidentelle.

Nous venons de proclamer la gravité que présente le pronostic du panaris tendineux. C'est, sans contredit, la variété qui entraîne le plus de dangers. En effet, l'inflammation a généralement une longue durée et peut exposer le malade à des accidents immédiats par l'extension de la phlegmasie à une partie et même à toute l'étendue du membre supérieur, ou à des complications éloignées, par les lésions permanentes

qu'il peut laisser après lui. Parmi les premiers on pourrait citer les troubles généraux parfois très-graves, tels que le tétanos, l'infection putride, la fièvre purulente.... et comme désordres locaux ou voisins nous mentionnerons les adhérences tendineuses indélébiles, l'exfoliation des tendons, la flexion permanente des doigts et même de la main, la nécrose des phalanges, accidents qui compromettent toujours les fonctions des doigts et qui deviennent de véritables infirmités dans certaines professions, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

Nous dirons, en somme, que le panaris tendineux du pouce et du petit doigt est, par ses dispositions anatomiques, le plus sujet à se compliquer de phénomènes généraux, à cause de fusées purulentes qui l'accompagnent.

Le pronostic du panaris périostique est toujours fâcheux, non pas qu'il compromette l'existence, mais parce qu'il entraîne presque constamment la perte de la phalange sur laquelle il s'est développé. C'est la variété de panaris qui a pour terme fatal le raccourcissement de l'organe frappé ou la difformité qui constitue le *doigt en massue*.

Enfin, nous terminons ce chapitre en disant que le pronostic de chaqûe variété de panaris s'aggrave singulièrement par l'addition de toute complication intercurrente et par une constitution diathésique. La terminaison est presque toujours fatale lorsque, en cas de panaris compliqué d'un phlegmon de l'avant-bras ou de tout le membre supérieur, il survient une complication de coïncidence importante, c'est-à-dire une maladie intérieure grave, telle que dothiénentérie, embarras gastro-intestinal, accompagné d'un profond état adynamique.... Les différentes diathèses (scrofules, syphilis, etc, etc....) peuvent encore exercer assez d'influence pour modifier un pronostic; mais elles sont loin d'avoir l'importance des maladies aigues intercurrentes. Boyer va

squ'à placer la gale parmi les diathèses ; mais il est inutile dire combien le microscope nous a appris à faire justice cette opinion et de tant d'autres qui peuvent lui ressembler.

TRAITEMENT.

On a admis de tout temps que le phlegmon des doigts a une iysionomie caractéristique, un cachet spécial, qui l'ont fait udier à part et lui ont valu une dénomination particulière et n traitement des plus variés. Il semble que la disposition des éments anatomiques indiquait elle-même un traitement sûr, tionnel et exempt de toute controverse. Cependant, quelle affection chirurgicale possède une médication plus variée que l'enmble des moyens thérapeutiques proposés contre le panaris ? npirisme, charlatanisme, commérage, tous ont fourni leur congent aussi bien que les doctrines médicales les plus accréditées, telles que humorisme, solidisme, rationalisme... Il n'y a certinement que la confusion entre les diverses espèces de panaris l'atrocité des souffrances qui puissent avoir fait inventer cette ngue kyrielle de remèdes absurdes, et souvent plus dégoûtants uns que les autres. Aussi, pour plus de précision et de clarté, us allons diviser le traitement du panaris en quatre pars :

1° Moyens empiriques ;

2° Moyens rationnels ;

3° Moyens généraux ;

4° Application de la méthode qui convient au traitement de aque espèce de panaris et à ses complications.

Moyens empiriques.

La liste des procédés empiriques est, sans contredit, une coltion des remèdes les plus étranges qu'aient jamais inventés l'i-

gnorance et l'ontologie. En détruisant de plus en plus la doctrine des vertus spécifiques des remèdes, la physiologie et l'anatomie ne servent qu'à faire ressortir l'absurdité de pareils procédés : qui admettrait aujourd'hui, avec Dioscoride, que la plante appelée *paronychia* est un spécifique contre le panaris ? Que dire, en voyant Ravaton soutenir la même opinion ? Que penser de Paracelse, vantant comme topique l'usage de la fiante de porc ; d'Aétius, conseillant une application de cerumen des oreilles : « *Sordibus aurium assidue illinito, et senabis ?* » Ou de Lazare Rivière qui, adoptant probablement cette croyance, conseille d'introduire le doigt dans l'oreille d'un chat ? Il cite même deux cas de guérison obtenue par ce moyen. Si nous procédons *absurdum per absurdius*. Que penser de l'emploi des matières stercorales de l'homme, de l'application d'un hachis de vers vivants ? aura-t-on plus de confiance dans l'exposition du doigt malade à la fumée du soufre ou de l'huile d'olive versée sur des charbons allumés ? Que dire de celui qui prétend faire avorter un panaris en tenant, pendant longtemps, le doigt enfoncé dans un tas de cendres chaudes ? Sigaud-Lafond dit, avoir obtenu de bons succès de l'emploi de l'électricité. Fabrice d'Aquapendente, recommande l'immersion brusque et répétée du doigt malade dans l'eau chaude ; l'usage de l'eau froide préconisé par ce même Aétius, qui vante le cérumen des oreilles, nous paraîtrait plus plausible et plus rationnel. Fabrice de Helden cite, comme moyen abortif, la thériaque délayée dans l'eau-de-vie. Paré emploie, dans le même but, les cataplasmes de ciguë et la célèbre mandragore. Barbette préférait les cataplasmes de jusquiame, et à l'emploi de ces derniers il joignait l'usage de l'opium à l'intérieur ; que dire encore de ces procédés actuellement en vogue, consistant à coiffer le doigt malade d'un oignon tout brûlant, cuit sous la cendre, ou à l'immerger dans l'eau de blanchiment ? si ce n'est que ce sont autant de remèdes nuisibles, soit parce que, en brûlant l'épiderme (obs. IX) ils rendent impossible l'application

ın topique quelconque, soit en amenant un surcroît d'activité ;ale dans le travail phlegmasique. Nous pourrions faire la même ;préciation au sujet de toutes ces pommades, de tous ces on-ents composés par certains spécialistes, le plus souvent étran-rs à la médecine ; ces topiques réussissent très-avantageuse-ent au profit du débitant, et d'une façon tout à fait déplorable ur le patient. Nous avons déjà exposé les dangers auxquels ut exposer l'aveugle confiance en de pareils procédés.

Mais puisque, grâce aux progrès de la science et aux travaux nos maîtres et de leurs savantes leçons cliniques, nous pou-ns traiter méthodiquement le panaris aussi bien que toute ıtre affection chirurgicale, venons à l'étude des moyens vrai-ent rationnels.

Moyens rationnels.

En faisant le traitement de toute affection pathologique sur les dications fournies par l'anatomie et la physiologie, le rationa-ıme a fini par triompher de l'empirisme et par réduire la po-pharmacie chirurgicale aussi bien que sa sœur, la polyphar-acie médicale, presque à sa plus simple expression ; aussi, ons-nous voir tous les moyens cités au paragraphe *empirisme*, nplacés par un très-petit nombre de procédés, que la moindre ;e de raisonnement et de donnée scientifique ne peuvent mpêcher d'admettre, de louer, et dont l'expérience clini-e vient tous les jours confirmer les meilleurs résultats. mploi des procédés locaux, fournis par une sage indication, saut la principale partie du traitement de l'affection qui nous cupe, nous allons les décrire isolément dans tous leurs dé-ls.

Émollients. — C'est avec raison que les émollients constituent plus grande majorité des topiques employés contre le pana-, aussi je ne crains pas d'affirmer que c'est surtout au sujet

du phlegmon de doigts qu'on peut appliquer l'aphorisme d'Hippocrate : « Ubi dolor, ibi fluxus, » faites cesser la douleur, et bientôt les éléments inflammatoires seront amoindris et finiront par disparaître ; or, à en juger par l'usage habituel et général des remèdes émollients, le meilleur moyen de calmer le molimen phlegmasique est certainement l'usage des topiques calmants ; aussi, malgré la crainte de faire une fastidieuse énumération des substances employées à cet effet, nous ne pouvons nous empêcher de citer les plus usités : nous dirons d'abord que toutes les espèces de substances médicamenteuses qui sont capables de relâcher, de détendre et de ramollir les parties enflammées peuvent être employées à cet usage : de ce nombre sont les diverses espèces *émollientes du Codex :* feuilles de mauve, de guimauve, de séneçon, de molène et de pariétaire...., employées seules ou mêlées en parties égales, ou unies à des plantes narcotiques (jusquiame, pavot, laitue, ciguë, solanées vireuses), telles que, extrait aqueux d'opium, laudanum... Quant à la tormentille préconisée par Morin de Rouen, elle devrait plutôt rentrer dans la classe des moyens empiriques. Par elle-même, elle n'a pas plus de vertus thérapeutiques que toute autre plante émolliente : les matières pulpeuses (oignon de lys...), les farines émollientes (farine de graine de lin, de seigle, d'orge, fécule de pomme de terre, de riz...). Indépendamment des topiques désignés sous le nom de *cataplasmes*, on peut encore employer, dans le même but, les compresses imbibées de liquides émollients mucilagineux narcotisés avec le laudanum, la décoction de tête de pavot, la dilution alcoolique de thériaque, la dilution d'un extrait narcotique...

Irrigations chaudes et laudanisées. — Pasquier fils a tenté ce moyen contre le phlegmon des doigts, et il avoue qu'on peut parfois arrêter un panaris commençant?

Réfrigérants. — L'usage des réfrigérants peut rendre de grands

rvices lorsqu'ils sont méthodiquement employés ; appliqués en nps opportun, ils agissent en stupéfiant la sensibilité, en rennt aux tissus leur tonicité; sous leur influence, les vaisseaux contractent, accélèrent la circulation capillaire, et en détruiint la stase sanguine, il en résulte que les nerfs sont moins mprimés, les tissus moins distendus; de là diminution du lorique et de la douleur locale. L'action stupéfiante peut aller rfois jusqu'à l'insensibilité de la partie malade et même jusqu'à mortification si l'application des réfrigérants est défectueuse. n ne peut guère utiliser ce mode de traitement qu'au début de ffection, alors qu'il n'existe encore qu'un engorgement des ssus coïncidant avec un excès de calorique morbide et de douurs très-vives, provoquées par l'étranglement vasculaire. Nous vons dit qu'une réfrigération mal dirigée pouvait avoir de cheuses conséquences; ainsi une irrigation intermittente omentanée peut avoir pour résultats une suractivité de travail ılegmasique, une hyperémie congestive avec une augmentation es douleurs assez intenses pour pousser la surexcitabilité nereuse jusqu'au tétanos ; d'un autre côté, l'usage intempestif des frigérants ou leur action trop prolongée sur des tissus anatoiques, déjà profondément stupéfiés, peut amener une abolition mplète des forces vitales et la gangrène. Malgré les accidents ıxquels peut exposer cette médication, on ne peut s'empêcher e la louer à la vue des bons effets qu'elle produit tous les jours; ıssi ce même Aétius, qui nous paraissait ridicule en conseillant usage du cérumen des oreilles, devient un véritable rationnaste en disant : « Ad paronychias incipientes, priusquam suppuretur sive in manûm, sive in pedum digitis fuerint, lanam ex aqua frigida imbutam imponito, aut per lenteolum expressum assidue refrigerato. »

M. le professeur Denonvilliers (1), partageant cette opinion,

(1) Cours de médecine opératoire, 1868.

considère la réfrigération comme le meilleur moyen de calme la douleur et tout travail phlegmasique localisé (contusion, brûlûre, phlegmon) ; il conseille surtout l'irrigation *froide continue* pour l'employer, il suffit d'avoir à sa disposition un vase percé a fond, un tube en caoutchouc ou une simple ficelle dont l'extrémité inférieure aboutit à un linge étalé sur les parties malades ce dernier a pour but de rendre l'écoulement plus diffus et d'activer la vaporisation. Il proscrit l'usage des compresses, non pas dit-il, qu'elles ne soient utiles, mais parce qu'elles sont souvent suivies de fâcheux résultats, en provoquant une réaction inflammatoire, lorsqu'elles ne sont pas renouvelées assez souvent pour en obtenir le but qu'on se propose, il faudrait les mouiller ou en faire le renouvellement toutes les dix minutes ; les salutaires effets de la réfrigération peuvent être considérablement favorisés, si l'on pouvait allier l'irrigation continue à la position élevée. Outre l'eau froide, l'eau glacée ou refroidie par un mélange de sel et de neige, nous citerons encore comme réfrigérant la pulpe de pomme de terre, de carotte, l'eau végéto-minérale les liquides rapidement vaporisables, tels que l'éther, le chloroforme, la liqueur anodine d'Hoffmann ; par la soustraction du calorique, toutes ces substances agissent à la manière de l'irrigation froide continue.

Position élevée du membre. — Ce procédé a été préconisé avec raison par Gerdy (1), dans le traitement des phlegmons de la main et de l'avant-bras, il en a obtenu les meilleurs résultats, surtout pour la diminution de la douleur ; il est persuadé, en effet que les souffrances du phlegmon digital et palmaire ne tiennent pas seulement à la structure anatomique de ces parties, mais encore à la position déclive où se trouve naturellement exposé le membre supérieur, cette situation, en gênant la circulation en retour, augmente la congestion inflammatoire et l'étranglement

(1) Chirurgie pratique, 1re monographie, p. 27 et 587.

es tissus. Cette opinion paraît être des plus rationnelles, quand n pense aux nombreuses applications que nous en faisons pour insi dire à chaque instant ; ainsi, quel est celui qui, voyant les nains se gonfler, en les tenant longtemps abaissées et immobiles, ou éprouvant de la gêne musculaire dans les membres nférieurs en restant debout, ne se sent pas soulagé en diminuant 'afflux sanguin par la position élevée de ces parties ? N'est-ce par par le même mécanisme que nous voyons cesser les douleurs si ntenses de l'orchite, en élevant les testicules à l'aide d'appareils onvenables ? qu'un individu, atteint de varicocèle est soulagé par le décubitus dorsal ? qu'une hémorrhagie est atténuée par 'élévation de la partie qui en est le siége ? Aussi Gerdy et Velpeau ont eu souvent recours à ce procédé, dans tous les cas où on a pu l'employer, et ils en ont toujours obtenu des résultats atisfaisants.

Gerdy prétend même que, dans certains cas', l'élévation du membre suffit pour faire avorter un phlegmon diffus dans l'espace de vingt-quatre heures. « Sous l'influence de ce puissant moyen, l'érysipèle phlegmoneux pâlit, se refroidit, le membre diminue de 2, 3, 4, 6 centimètres en circonférence et même davantage en quelques heures ; alors la peau se ride comme le égument d'un fruit aqueux et mou qui se dessèche, la douleur diminue aussi, et parfois l'inflammation s'éteint et expire en quelques jours, faute de l'aliment qui l'entretient. » M. Nélaton, dans son excellente thèse *sur l'influence de la position dans les affections chirurgicales* (1), a fait ressortir tous les avantages que 'on pouvait retirer de la position élevée dans un très-grand nombre d'affections ; il a démontré que les conséquences immédiates de la position élevée sont : la diminution de la tuméfaction, de la congestion vasculaire et surtout des douleurs dans les phlegmasies aiguës. Comme règles à suivre il dit : « Quel que soit

(1) Thèse de concours pour une chaire de clinique chirurgicale.

l'organe enflammé, il faut autant que possible lui donner une position telle que la circulation en retour, sur laquelle la pesanteur exerce principalement son action, trouve dans cette puissance un auxiliaire, et non un obstacle. Enfin M. Dehaut (1) vient, au sujet du traitement du panaris, confirmer l'opinion de l'illustre professeur de la Clinique : « Par l'élévation de la main, nous avons arrêté des panaris qui, depuis plusieurs jours, ne laissaient pas de repos aux malades, et le premier bienfait qu'ils retiraient de ce traitement était de recouvrer immédiatement le sommeil ; » pour le panaris, l'élévation verticale de tout le membre est inutile, il suffit de tenir la main affectée sur l'épaule saine en la fixant par un bandage convenable ; si la suppuration n'a pu être prévenue, la position élevée est encore un moyen de soulagement que tout chirurgien doit mettre à profit.

Dans ce cas, il suffit de fixer la main malade sur l'épaule opposée au moyen d'une écharpe qui retienne le membre dans une attitude analogue à celle qu'exige une fracture du col de l'humérus ou de la clavicule.

Onguents, pommades. — Divers onguents et pommades ont été préconisés comme topiques résolutifs, maturatifs ou suppuratifs. Serres d'Alais dit avoir fait avorter des panaris à l'aide de frictions d'onguent mercuriel renouvelée tous les quarts-d'heure (2). Rigaud, de Strasbourg, emploie de préférence l'onguent napolitain ; la plupart des chirurgiens, Velpeau entre autres, font recouvrir les onctions mercurielles de cataplasmes émollients. L'onguent *blanc camphré* ou *blanc rhasis* a été employé comme répercussif. Parmi les onguents maturatifs, nous citerons encore l'onguent basilicum ramolli avec un peu d'huile, l'onguent Canet, l'onguent de la mère Thècle, l'emplâtre diachylon; parmi les digestifs ou suppuratifs employés après une incision, nous men-

(1) Thèse. Paris, 1860, t. 29.
(2) Bulletin de thérapeutique, 1833, t. IV.

ionnerons le digestif simple (*digestivum*), le digestif animé et le ligestif mercuriel; comme topiques maturatifs nous pourrions iter ici le levain, l'oseille cuite...

Nous ferons remarquer que ces diverses préparations n'agissent que comme excitants et qu'à ce titre elles peuvent le plus souvent tre plutôt nuisibles qu'utiles, soit en abusant des malades, soit n produisant une irritation locale capable de donner un coup le fouet à la phlegmasie congestive. On pourrait tout au plus mployer l'onguent de la mère et encore le simple digestif ou la harpie sèche suffit quelquefois comme détersif ou digestif; en omme, aucun de ces topiques ne peut remplacer avantageuement les émollients, et n'ont d'autre vertu spécifique que celle ue l'ignorance se complaît à leur accorder.

Vésicatoires. — C'est surtout le professeur Velpeau qui a généalisé l'emploi du vésicatoire comme résolutif, et révulsif, en léterminant une évacuation plus ou moins considérable de séroité. Il considère les vésicatoires volants comme un véritable emède abortif de l'érysipèle phlegmoneux, du phlegmon imple et diffus, du furoncle, et à cette condition il propose 'en étendre l'emploi jusqu'au traitement du panaris. Nous avouens qu'un pareil procédé ne nous inspire pas beaucoup de conance, surtout lorsque le panaris tient à une piqûre venimeuse u à l'introduction d'un corps étranger.

Moyens astringents; caustiques. — La plupart des substances stringentes, telles que compresses imbibées d'une solution lunée, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent possèdent-elles oute l'efficacité que leur attribuent certains auteurs? Par leur tringence, elles agissent à la manière des réfrigérants; mais our leur reconnaître quelque utilité, ce n'est qu'à la condition 'être employées au début de l'affection; il ne faut jamais se fier veuglement à de telles applications, surtout lorsque le panaris st arrivé à la deuxième période.

Les caustiques (nitrate d'argent, chlorure de zinc, ammoniaque, fer rouge...) ne peuvent être de quelque utilité que dans les panaris par piqûre anatomique ou dans certains cas d'inoculation de matières putrides animales ou végétales. Mais, sous peine de renfermer le loup dans la bergerie, il faut faire précéder leur emploi d'une succion avec la bouche, les ventouses, ou recourir à l'irrigation.

Sangsues. — Les émissions sanguines locales peuvent parfois rendre de très-grands services; mais il faut avouer aussi que, dans certains cas, elles ont l'inconvénient d'apporter une nouvelle cause d'irritation à celle qui existait déjà. Lorsque le mal est encore à son début, alors qu'il n'existe encore aucune trace de suppuration, l'on peut tenter une application de sangsues à la base du doigt, comme le conseille Roux, ou du moins au delà des limites de l'inflammation ; mais malheureusement ici comme pour l'érysipèle phlegmoneux, l'on voit souvent leurs piqûres devenir le siége d'une gangrène locale lorsque le travail inflammatoire les envahit.

Compression. — La compression peut conduire dans certains cas à d'heureux résultats; mais pour être faite d'une manière convenable, elle exige une certaine habitude; bien faite, elle soulage, calme les douleurs et dissipe la congestion des tissus; mal appliquée, elle augmente l'étranglement ; l'on est averti de cette complication par un fourmillement, l'augmentation de la douleur que le malade accuse, le développement de la tuméfaction, la teinte violacée de la partie engorgée; dans certains, cas il peut même survenir de l'œdème.

On ne peut employer ici que la compression directe ou la compression latérale médiate. La compression directe s'exerce au moyen d'un bandage spiral tel que le classique bandage roulé des doigts, ou bien à l'aide d'un doigt de gomme élastique ou d'une bande en caoutchouc. La compression latérale médiate

s'exerçant entre les parties malades et le cœur, ne peut se pratiquer qu'au pli du coude, à cause des nombreuses anastomoses artérielles qui existent à la main et à l'avant-bras; on pratique ce genre de compression au moyen du compresseur de Dupuytren, des doigts, ou mieux encore par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras; pour ce dernier procédé, on emploie à la fois et la compression et l'élévation du membre. On a reproché à la flexion forcée d'être très-douloureuse et de favoriser la stagnation veineuse et l'apparition de l'œdème.

Elle peut avoir cet inconvénient lorsqu'on l'utilise pour les affections des membres inférieurs, mais pour les membres supérieurs elle doit être toujours tentée, surtout lorsque le chirurgien peut l'allier à l'élévation. Ambroise Paré, Théder, Velpeau (1), Bretonneau, ont toujours préconisé la compression comme méthode abortive du panaris. Ambroise Paré employa très-utilement ce procédé sur son illustre malade Charles IX. Cependant, frappé de quelques insuccès de cette pratique, Dobson se retourne de préférence vers les incisions réitérées.

Incisions prématurées. — Le paragraphe de la saignée locale pourrait comprendre l'usage des sangsues et l'incision prématurée; mais nous avons jugé à propos de les traiter à part, à cause des nombreuses discussions que les résultats de l'incision ont suscitées chez quelques auteurs. Cette dissidence tient probablement à ce que l'on n'a pas bien tenu compte des périodes de la phlegmasie; en effet, les incisions prématurées peuvent, d'après Boyer, Velpeau, Gerdy, Béclard, Lawrence, Hutchinson et M. Maisonneuve, empêcher la suppuration en arrêtant la marche des symptômes inflammatoires. Roux rejette entièrement le procédé de l'incision prématurée, dans la crainte de blesser les gaînes

(1) Mémoire sur l'emploi du bandage compressif dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux et de plusieurs autres affections aigues des membres. — Arch. gén. de méd., t. II.

tendineuses; mais cette allégation n'a pas grande valeur pour un anatomiste; un débridement méthodique est sans danger, surtout lorsque, comme le conseille M. Maisonneuve, on fait une incision latérale pour les deux premières phalanges; pour la phalangette ce hardi praticien fait à la face palmaire une incision demi-circulaire, arciforme, parallèlement au bord de l'ongle. Jobert de Lamballe a obtenu de bons succès par ce procédé. D'après la majorité des auteurs, les incisions prématurées ne déterminent aucun accident grave, n'augmentent jamais l'état inflammatoire, et font au contraire cesser l'étranglement, apaisent la douleur en dégorgeant rapidement les tissus. Sans vouloir nier l'autorité de ces hommes d'expérience, nous ferons observer que, pour opérer le débridement prématuré, il faut une certaine hardiesse de la part du chirurgien et beaucoup de courage de la part du patient. Que de malades, sans être pusillanimes, ne voit on pas fuir devant une pareille proposition ? S'il est vrai que tout panaris bien prononcé ne peut se terminer par la résolution, à qui rendre justice? Faut-il embrasser l'opinion des auteurs qui vantent le débridement prématuré, ou bien faut-il imiter ceux qui préfèrent temporiser et recourir aux topiques émollients ou maturatifs? Pour nous, nous ne craignons pas de nous ranger parmi les modérés, vu les résultats incertains des incisions prématurées et les douleurs si redoutables de l'opération.

Moyens généraux.

Le panaris, comme nous l'avons déjà dit, donne souvent lieu à une fièvre générale qui nécessite un traitement général. Celui-ci est subordonné à la nature de l'affection généralisée et à son intensité.

Le panaris superficiel se borne le plus souvent à des phénomènes locaux et sans gravité. Aussi l'emploi des émollients résume tout le traitement. Le panaris sous-cutané est plus important,

i peut provoquer une réaction générale en propageant ses effets morbides sur un doigt tout entier ou sur la main.

Le panaris de la gaîne étant le plus grave et le plus susceptible de complications, nécessite dans certains cas une médication interne, soit pour calmer la fièvre, les douleurs, l'exaltation névropathique, soit pour favoriser la résolution ou prévenir l'extension de la phlegmasie. Comme dans toute manifestation fébrile généralisée, on prescrira d'abord la diète, le repos le plus absolu, une ou plusieurs émissions sanguines, selon l'état du sujet et la réaction inflammatoire; les boissons délayantes, rafraîchissantes; on cherchera à produire la dérivation intestinale et gastro-intestinale (vomitifs, éméto-cathartiques, purgatifs salins, drastiques, lavements). On a même parfois recours aux dérivatifs diurétiques (nitrate de potasse...); il faudra tenter l'usage des révulsifs (pédiluves irritants, sinapismes...). On conseillera surtout les bains généraux.

Comme *ingesta*, on pourrait employer les contro-stimulants (préparations antimoniales, mercurielles...), les sédatifs de la circulation (préparation d'aconit, sulfate de quinine, digitale, limonade tartrique...); tels sont les principaux procédés de la médication interne; il ne taut jamais les perdre de vue parce qu'ils peuvent devenir de véritables adjuvants du traitement local.

Application du traitement particulier à chaque espèce de panaris et à ses différentes complications.

Panaris de la première variété.

Le panaris superficiel n'exige souvent aucun traitement et nécessite très-rarement l'intervention de l'homme de l'art. Cependant comme parfois la phlegmasie peut se propager à la main et même jusqu'au bras, il est bon de ne pas rester complétement inactif. Si une simple piqûre d'épingle ou la moindre égratignure

sur les doigts suffit, chez quelques individus, pour déterminer de graves phénomènes morbides, parfois même la mort, à plus forte raison doit-on surveiller même une simple tourniole.

Pour la forme érysipélateuse, qui n'est elle-même que la première période de toute espèce de panaris, le traitement est des plus simples; ainsi l'affection est-elle un simple mal d'aventure, c'est-à-dire survenu sans cause connue, les manuluves tièdes et prolongés dans l'eau de son, de guimauve, de sureau (eau blanche, eau végéto-minérale). Les cataplasmes émollients, les compresses imbibées d'une solution astringente, comme l'eau de Goulard, constitueront à peu près la principale partie du traitement, je crois que c'est ici surtout qu'on pourrait tenter l'usage des réfrigérants, tels que la glace, l'immersion répétée dans l'eau froide, les compresses imbibées d'un liquide réfrigérant quelconque. Si le panaris résulte, au contraire, d'une piqûre ou de l'introduction d'un corps étranger, on commence d'abord par extraire ce dernier s'il reste encore dans la plaie; ensuite on tâche de bien nettoyer la blessure, qui est le point de départ du travail inflammatoire.

Lorsque le panaris superficiel est arrivé à la période vésiculeuse ou phlycténoïde (deuxième période ou période de suppuration du panaris superficiel), on incise la phlyctène et l'on enlève l'épiderme pour prévenir l'extension de la suppuration laquelle pourrait cerner l'ongle et même envahir tout le doigt; on panse avec un linge enduit de cérat, d'huile d'amandes douces ou de glycérine, ou d'un onguent siccatif (onguent Canet, onguent de la mère, cérat saturné...). Lorsque la suppuration s'est formée sous l'ongle, on incise ce dernier aussi près que possible du foyer purulent, et l'on panse avec un liquide détersif (alcool, acides phénique et thymique, teintures d'arnica et de gentiane...). Si le panaris unguéal s'accompagne de ces fongosités saignantes, molles, s'écrasant par la seule pression, l'usage des émollients sera ici sans effet; l'incision même ne suffit pas toujours; en pareil

pas la cautérisation par le fer rouge, le nitrate d'argent, la poudre de Vienne, l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, donne de très-bons résultats. Si l'affection est ancienne, on doit favoriser l'action thérapeutique de ces divers agents par un pansement avec les pommades cathérétiques, telles que la pommade au précipité blanc, au calomel, à la rose, au précipité rouge uni au minium; la pommade composée avec ces deux dernières substances a surtout été préconisée par le professeur Velpeau contre les ulcères et les plaies atoniques; ou bien l'on saupoudre les parties saignantes avec un mélange d'alun et de précipité blanc en poudre; dans certains cas l'emploi de ces divers procédés n'a réussi qu'après l'extirpation partielle ou totale de l'ongle; parfois même l'ablation complète de la matrice unguéale devient nécessaire. L'extirpation de l'ongle est une opération courte et peu douloureuse lorsqu'on soulève l'ongle d'arrière en avant; pour cela, il suffit d'introduire un des mors d'une pince à disséquer ou l'extrémité d'une spatule sous la racine de l'ongle, de le saisir fortement et de l'arracher par une torsion brusque, en faisant culbuter en avant. Pour un arrachement partiel, on incise préalablement la partie à enlever. L'ablation de la matrice unguéale se pratique d'après le procédé de Dupuytren; mais, hors les cas de panaris à marche chronique, avant d'en arriver à ces pratiques chirurgicales, il est bon de temporiser. Souvent un ongle que la collection purulente semble vouer à une chute inévitable, peut se consolider après l'évacuation du pus.

Le traitement du panaris anthracoïde diffère très-peu de celui des autres sous-variétés : cataplasmes laudanisés, bains prolongés, friction mercurielle... dérivatifs intestinaux. Si l'insomnie est opiniâtre, on emploie une potion calmante. L'épilation a été conseillée quelquefois; mais un pareil procédé me paraît *plutôt nuisible* que salutaire; il est à craindre que l'irritation locale ne vienne activer le travail phlegmasique et augmente la congestion.

Le panaris anatomique nécessite toujours les soins les plus

empressés. On cherche d'abord à bien nettoyer la piqûre en faisant tomber un jet d'eau continu, l'on sucera la plaie pour provoquer un écoulement de sang et c'est là le meilleur moyen de prévenir l'absorption du virus ; il faut bien se garder de cautériser avant d'avoir tenté ce nettoyage; dès qu'on suppose le poison éliminé, on cautérise avec l'ammoniaque le nitrate d'argent, il serait bon ensuite de faire un bandage occlusif, soit avec des bandelettes de diachylon, soit avec de la baudruche et du collodion, ou bien avec un doigt de gant en caoutchouc ou du taffetas français ou anglais ; placer ensuite le membre dans une position élevée, éviter tout endroit contaminé par des miasmes putrides (salles de dissection, salles d'autopsie...). Jusqu'ici le traitement de cette variété de panaris est le même que celui des piqûres anatomiques; en effet, le panaris anatomique débute en très-peu de temps, quelques heures lui suffisent parfois pour arriver à une période érysipélateuse bien caractérisée.

Panaris sous-cutané. — Cette forme de panaris exige des moyens plus énergiques que les différentes variétés de panaris superficiels. Afin de prévenir les graves accidents qui peuvent en résulter au début, on cherchera d'abord à obtenir la résolution, bien que ce problème soit difficile à résoudre ; c'est dans ce but qu'on aura recours aux réfrigérants employés sans interruption pendant plusieurs jours ; les frictions avec l'onguent napolitain, une application de sangsues peut être utile, soit pour dégorger les tissus, soit pour calmer les douleurs. Pour qu'elles réussissent, il faut les employer au début et en nombre suffisant, 10, 15, 20, et à plusieurs reprises. On choisit de préférence la face dorsale, parce que la peau y est moins coriace et moins épaisse. Il est bon de proportionner leur nombre à la force du sujet et à l'intensité de l'inflammation ; si le sujet est vigoureux et la réaction générale vive, on tentera une saignée générale, on prescrira les purgatifs salins.

Velpeau employait souvent les frictions mercurielles combinées avec la compression et la position élevée du membre; mais si la phlegmasie a une durée de trois à six jours au moins, il préfère recourir aux incisions; il ne craint pas même d'appeler le bistouri à son aide de très-bonne heure; en ce moment, c'est le moyen le plus rationnel pour empêcher le panaris sous-cutané d'étendre ses ravages, de se compliquer d'un panaris de la gaîne, et de calmer les souffrances en dégorgeant les tissus. Au reste, à cette époque, la suppuration est déjà commencée. Si quelques auteurs considèrent les incisions comme inutiles et même comme dangereuses, c'est qu'elles ont été trop prématurées, ou bien c'est qu'elles n'étaient prs indiquées; peut-être aussi ont-elles été mal faites ou insuffisantes.

Nous avons donné l'appréciation des incisions prématurées, il nous reste seulement à ajouter qu'elles sont inutiles et même nuisibles pour le panaris superficiel et pour le panaris de la gaîne; dans le premier cas, la phlegmasie est trop diffuse pour qu'une incision puisse produire de bons effets; dans le second cas, elles peuvent blesser gravement la gaîne des tendons et favoriser un écoulement de sang dans la cavité séreuse. Les incisions pratiquées sur les deux premières phalanges doivent intéresser toute l'épaisseur du derme, mais sans blesser les coulisses tendineuses. Pour obvier à cet inconvénient, Garengeot conseillait de débrider sur les parties latérales; mais cette précaution est inutile pour le chirurgien qui opère avec prudence. Ce procédé peut même offrir des inconvénients sérieux, parce qu'il expose à blesser les artères et les nerfs collatéraux. En général, l'hémorrhagie n'est pas sérieuse; cependant il est bon de se tenir sur ses gardes, surtout si l'on se trouvait en face de ces sujets chez lesquels la moindre piqûre, la plus légère égratignure, suffit pour donner lieu à des écoulements de sang incoërcibles et parfois très-alarmants. Pour le panaris de la phalangette, on peut agir avec moins de précaution. Il paraît que c'est Jules Guérin qui a tant

préconisé les incisions sous-cutanées et appliqué avec succès sa méthode au traitement du panaris, en faisant des incisions en sens contraire. Jobert de Lamballe a vanté la pommade au nitrate d'argent comme moyen abortif du panaris. M. Guinier, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, signale aussi quelques succès obtenus par l'emploi de ce topique résolutif (1).

Dès que la suppuration se manifeste, il ne faut pas hésiter à ouvrir l'abcès et faire suivre l'incision d'un bain émollient prolongé. S'il existe un abcès en bouton de chemise, on ouvre d'abord la poche externe avec le bistouri et la poche sous-cutanée à l'aide de la sonde cannelée, si l'on redoute le voisinage de la gaîne tendineuse. Lorsqu'on se trouve en face d'un malade pusillanime, Velpeau et M. Rippoll, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, conseillaient d'opérer de la manière suivante : le malade, étant assis en face du chirurgien, pose le doigt sur le bord d'une table; l'opérateur l'y tient fixe d'une main, tandis que de l'autre il enfonce le bistouri en inclinant obliquement le manche de l'instrument vers le malade. Il en résulte que, si le patient veut retirer son doigt, il ouvre pour ainsi dire lui-même la collection purulente. Il est évident que ce procédé, qui peut devenir utile dans certains cas, n'est mis en usage que pour les panaris de la phalangette ; il serait imprudent d'abandonner l'incision des deux premières phalanges aux caprices du malade. Lorsque l'abcès siége au-dessous d'un durillon (durillon forcé), la fluctuation est plus sensible, plus facile à constater, et le foyer purulent se vide facilement en pressant sur la surface cornée.

Après la ponction, on facilite généralement l'écoulement des matières putrides par des bains prolongés, par l'usage des cataplasmes. Lorsque, après la suppuration, la plaie se tarit, on panse avec les cérats et les onguents détersifs. Si l'affection pré-

(1) Gazette des hopitaux, 1858, p. 31.

ente un aspect gangréneux, atonique, on emploie les lotions légèrement excitantes (alcool, acide thymique, phénique, jus de citron, etc.), les pommades irritantes ou antiseptiques (cérat à l'extrait de quinquina, glycérolé de sulfate de quinine : glycérine, 40 grammes; sufate de quinine 1 gramme). A la période de cicatrisation, il faut surveiller attentivement les bourgeons charnus, les réprimer avec le nitrate d'argent, s'ils sont exubérants. Si l'affection siége à la dernière phalange et que le doigt tende à prendre la forme hypertrophique dont nous avons déjà parlé, on cherche à obvier à cette infirmité à l'aide d'un bandage compressif fait avec des bandelettes de diachylon.

Panaris de la gaîne. — Comme pour les variétés précédentes, le traitement de celle-ci varie selon ses périodes et ses formes. Malheureusement, l'intervention du chirurgien est sans effet pour arrêter la phlegmasie dans son processus. Dès les premiers jours, une fois le diagnostic bien établi, il peut prévoir que tôt ou tard le malade sera frappé de quelque lésion indélébile (nécrose, exfoliation des tendons, adhérences cicatricielles, etc.), qu'il ne peut prévenir, quelquefois, malgré le traitement le plus énergique, et qu'une ingrate reconnaissance ne manquera pas d'attribuer à ses soins. Au début, l'indication est de chercher à arranger la marche de l'inflammation; mais le foyer est si profond que les phénomènes de la période initiale cèdent très-rarement au traitement abortif : les réfrigérants, la compression, les frictions résolutives, les antiphlogistiques même, sont le plus souvent infructueux.

Parmi tous ces procédés, une application de sangsues, répétée à plusieurs jours de distance, à la racine du doigt malade, au poignet, aidée de l'élévation du membre, semble réunir les plus grands avantages. Si le sujet est fort, vigoureux, s'il n'existe aucune contre-indication (anémie, cachexie, règles, érysipèle œdémateux...), il ne faut pas craindre l'usage des purgatifs drastiques, et même la saignée du bras; mais si l'inflammation, loin

de rester stationnaire, va *crescendo*, il serait imprudent d'insister davantage sur les simples résolutifs et d'amuser le malade par des procédés qui ne serviront qu'à le débiliter. On passera au traitement général (bains généraux prolongés, manuluves répétées, limonades rafraîchissantes), à l'emploi des narcotiques *intus et extra*. Lorsque le pus est formé, il faut se hâter de lui donner issue pour l'empêcher de fuser dans les gaînes tendineuses vers la main ou l'avant-bras. Cependant, avant de pratiquer la plus petite incision, il faut s'assurer si la collection purulente existe ; car, si une ponction motivée est utile, l'incision prématurée d'une synoviale peut aggraver la maladie en permettant au sang de pénétrer dans une cavité séreuse encore saine. Si l'indication exige l'emploi du bistouri, il faut se borner à une simple ponction et éviter ici ces larges incisions qui, en dénudant les tendons, les exposent à la mortification et à l'exfoliation ou les privent plus tard de la gaîne qui préside à leur jeu. Un condisciple m'a raconté, à ce sujet, un exemple qui peut trouver ici sa place. Il m'assure avoir vu un malade qui, à la suite d'un panaris tendineux, traité par de grandes incisions, ne pouvait plus fléchir les deux dernières phalanges qu'à l'aide d'un anneau placé sur la première, tellement les tendons étaient restés flottants. Au moyen de cet anneau, qui jouait le rôle d'une poulie de rappel, les tendons pouvaient fonctionner comme à l'état normal. Sans l'emploi de cet appareil, le doigt était porté tout en entier dans le sens de la flexion, mais sans que les phalanges pussent s'infléchir l'une sur l'autre.

Au reste, s'il fallait plus tard élargir l'ouverture, il serait toujours temps et même facile de le faire, en employant la sonde cannelée. Si l'on craint les fusées purulentes ou si elles existent déjà dans tout le doigt, dans la main ou à l'avant-bras, il est préférable de faire plusieurs contre-ouvertures que de pratiquer de trop larges et de trop longues incisions, qui exposent les tendons à perdre fatalement leur fonctionnement. Pour prévenir cet ac-

dent, il est bon, dès que les symptômes aigus auront perdu ur intensité de faire exécuter au doigt, mais avec prudence, uelques mouvements pour prévenir les adhérences tendineuses les ankyloses. Plus la cicatrisation et la guérison avanceront, lus il faudra étendre les mouvements alternatifs de flexion et de éflexion.

Dans le cas où il y aurait une exfoliation tendineuse ou une écrose du squelette, il faut en favoriser l'élimination, parce que affection traînera, prendra une marche chronique, sub-aiguë, résentera une sorte d'écoulement purulent ou sanguinolent, ne cicatrisation tardive, tant que le séquestre restera au fond de a plaie ; en pareil cas le chirurgien ne doit pas reculer devant extraction du corps étranger : elle est nécessaire pour tarir l'ulère fistuleux. Dans certains cas même, lorsque, par exemple, les endons sont détruits complétement, le seul remède définitif est amputation du doigt ; mais, avant d'accomplir ce sacrifice, le hirurgien doit consulter le malade, étudier les difformités auxuelles le doigt peut être assujetti, la gêne qu'il peut entraîner, t s'il y a lieu d'opérer ; il faut toujours attendre que la mortifiation soit bien constatée et bien limitée. La dénudation d'un endon, d'une phalange conservant encore quelque adhérence rticulaire, n'est pas toujours suivie de carie, quoi qu'en disent uelques auteurs, et mieux vaut conserver un moignon de phange que d'être privé d'une phalange entière. Nous reviendrons ur le procédé opératoire.

Panaris périostiques. — Lorsque ce panaris est consécutif a un anaris de la deuxième ou de la troisième variété, il peut être vantageusement modifié par un sage traitement de l'affection rimitive ; mais, si le périoste ou l'os est primitivement atteint, ous avons déjà vu que les ressources de l'art sont le plus souent impuissantes contre ce germe d'affection ; la perte de la phangette et parfois de tout le segment du doigt est inévitable. En

raison de la profondeur du mal, de la structure anatomique des tissus et de leur richesse vasculaire, la phlegmasie prend une marche si rapide, que les topiques ne réussissent presque jamais pour arrêter sa marche destructive. Le traitement abortif du panaris périostique est beaucoup plus incertain que celui du panaris tendineux. Nous avons vu que, dans très-peu de temps, survenaient des douleurs atroces, térébrantes, indiquant une inflammation osseuse, que ni les émissions sanguines, ni les émollients, ne peuvent presque jamais maîtriser. Il n'y a que la glace et la chloroformisation locale qui aient pu calmer les douleurs, mais sans arrêter le travail nécrobiotique de ce phlegmon osseux. Aussi, pour peu que le chirurgien soit appelé un peu tard, il constate toujours la nécrose de la phalangette. Cette espèce de panaris amène donc presque fatalement la perte partielle ou totale de la phalangette et oblige souvent à recourir à des opérations subséquentes, telles que la résection ou la désarticulation. La plupart des chirurgiens, considérant la phalangette comme un os d'un volume trop petit pour en faire la résection, préfèrent pratiquer la désarticulation. Nous ne pouvons partager absolument cette opinion, nous pensons, comme nous l'avons déjà dit, qu'il faut conserver un moignon de phalange toutes les fois qu'on le peut. L'extraction du séquestre est facile, lorsque la phalange est isolée ou reste très-peu adhérente. Le plus souvent une pince à disséquer suffit pour l'extraire. Dans d'autre cas, s'il existe des adhérences, il faut employer l'instrument tranchant pour découvrir le séquestre et sectionner les ligaments articulaires. Toute désarticulation est sans doute dangereuse, même celle d'une phalange ; mais, quand un travail pathologique a en quelque sorte préparé cette opération, les dangers sont beaucoup moins redoutables. Nous avons vu même que l'extirpation de l'os nécrosé est le moyen le plus sûr et le plus expéditif pour hâter la guérison. Que de fois, disait Velpeau, il nous arrive des malades qui, après avoir perdu un temps précieux dans l'emploi

es spécifiques, ont vu cesser presque subitement la suppuration
sseuse, alimentée par un fragment osseux, qu'un œil inexpéri-
menté n'avait point aperçu, ou qu'une main timide n'avait osé
nlever ; aussi, en pareille circonstance, il conseille toujours à
es élèves d'explorer la plaie avec un stylet avant de prescrire
ucun mode de traitement. Quand il se trouve en face d'un pa-
aris de la pulpe, datant de 4, 5, 6 semaines, il n'hésite pas à
ller à la recherche de l'os nécrosé pour l'extraire. Que ne doit-
n pas faire, à plus forte raison, lorsque la maladie date de
lusieurs mois ? Dans le cas où la désarticulation de la phalan-
ette devient nécessaire, ce professeur conseille d'opérer sans se
réoccuper du procédé opératoire. Il donne pour règle de pren-
re le lambeau là où l'on peut le tailler; mais, lorsque la cir-
onstance permet un choix, il faut préférer le procédé à lambeau
almaire. On peut aussi employer le procédé de Ravaton, qui
'est autre chose que la méthode ovalaire à deux lambeaux la-
éraux. Bégin rejette l'amputation, il se contente d'enlever le sé-
uestre. Après l'opération, le pansement consiste à rapprocher
es parties avec des bandelettes de diachylon qu'on recouvre de
harpie imbibée d'un liquide détersif quelconque, tel que l'alcool
ur ou étendu, l'acide phénique au cinq centième ou bien la
lycérine...

Nous ferons remarquer que lorsqu'il s'agit du pouce, Velpeau
e montre réellement conservateur à cause de l'importance de
e doigt, dans les actes manuels: au lieu d'en faire l'amputation,
l préfère, à l'exemple de Bégin, s'en tenir à la simple extraction
le la partie osseuse mortifiée.

Lorsqu'il faut opérer sur les deux premières phalanges, le
hirurgien doit également se montrer conservateur, on doit au-
ant que possible se contenter d'enlever la phalange malade et
onserver le doigt. L'on opère sur le point ulcéré ou bien l'on
ait une incision méthodique comme pour une véritable résec-
ion osseuse, c'est-à-dire on écarte les nerfs et les tendons qu'il

faut respecter. Dès que la phalange est à nu, on la désarticule ou bien on n'en résèque qu'une partie à l'aide des ciseaux de Liston. On place ensuite la main sur une planchette et on fixe le doigt opéré avec des bandettes de diachylon.

Dans le cas où le malade conservant un doigt dans une position un peu gênante pour les travaux manuels en demanderait l'ablation complète, le chirurgien peut y consentir, toutefois, il ne faut jamais céder aveuglément à ces opérations de complaisance.

Erysipèle. — L'érysipèle n'existe guère comme complication que dans les cas de panaris grave. Il peut alors se transformer en érysipèle phlegmoneux, gangréneux et même en véritable phlegmon. C'est probablement pour avoir mal interprété sa pathogénie que les auteurs ont employé les médications les plus opposées. Blandin est sans contredit celui qui à ce sujet s'est le moins égaré dans les théories thérapeutiques parce qu'il a voulu se baser sur l'anatomie. L'érysipèle serait, selon ce professeur, une inflammation combinée des vaisseaux veineux et lymphatiques de la peau. Il croit que l'érysipèle traumatique est remarquable par la prédominance de l'élément lymphatique et que c'est l'inverse pour l'érysipèle de cause interne. Ribes (1) professe la même opinion. La marche de l'érysipèle traumatique semble donner complétement raison à la théorie de Blandin. En effet, dans sa progression centripète l'érysipèle traumatique des doigts envahit successivement la main, l'avant-bras. Quelques auteurs disent qu'il s'étend très-rarement au tronc. Est-ce parce que les ganglions épitrochléens ou axillaires peuvent en quelque sorte lui barrer le passage? Est-ce que, avant d'arriver jusqu'à l'épaule, l'amélioration de la partie primitivement malade ou le traitement ont eu le temps d'agir sur sa marche envahissante? La première hypothèse paraît certainement plus acceptable,

(1) Mémoire de la Société médicale d'émulation, t. VIII.

ais, quoi qu'il en soit, le traumatisme représenté par le panaris
int le point de départ de cette affection, il faut que le traitement
rte sur le phlegmon des doigts et sur les parties érysipélateuses.
remplira la première indication par un traitement raisonné,
iphlogistiques, bains émollients) ou par un nettoyage assidu
la plaie s'il en existe déjà (irrigations fréquentes, débride-
ents, compresses imbibées de liquides antiseptiques...). Quant
a médication à employer sur les parties envahies par l'inflam-
ation, elle est riche en moyens thérapeutiques; mais avant
en donner la liste, nous ferons observer qu'il n'existe aucun
pique jusqu'à ce jour qui arrête l'érysipèle. Les plus vantés ne
uvent agir et n'agissent que comme palliatifs en calmant
douleurs mordicantes et le malaise qui accompagnent les
lammations vasculaires exanthématiques. Comme l'énuméra-
n des divers moyens préconisés serait trop longue et superflue,
us allons nous contenter d'indiquer les médicaments les plus
itées.

1° *Méthode antiphlogistique.* Sangsues, ventouses, scarifications
pûres... autant de procédés qui deviennent souvent une cause
gangrène, lorsque le travail phlegmasique devient intense;
saignées générales et les bains généraux font partie de cette
dication et méritent plus de confiance.

2° *Méthode répercussive et réfrigérante.* Fer incandescent de Lar-
, synapismes, vésicatoires, liniment de Kentisch, de sul-
e de fer, d'eau blanche... D'après Velpeau, la solution de
lfate de fer (sulfate de fer, 60 grammes; eau, 500 grammes) se-
le topique le plus avantageux.

° Viennent ensuite la méthode ectrotique, les onctions mer-
ielles, la compression, les incisions, etc., etc; mais la mé-
de évacuante et les émollients paraissent réunir le plus grand
nbre d'adeptes (Bouillaud, Roger...). L'usage des vésicatoires
ité pendant longtemps par Velpeau, la cautérisation avec le

nitrate d'argent, les onctions mercurielles créosotées, ont mérité si peu le titre d'abortif que beaucoup de praticiens s'en tiennent à la méthode expectante.

En somme le pansement local du panaris, les cataphasmes laudanisés appliqués sur les parties envahies par la rubéfaction érysipélateuse, les évacuants et la position élevée du membre nous paraissent les seuls moyens logiques à employer contre l'érysipèle traumatique.

Si l'érysipèle prend la forme phlycténoïde, on se comporte comme pour les brûlures au second degré (rompre les vésicules, poudre d'amidon, poudre de riz, de lycopode...); s'il passe à l'état phlegmoneux on aura recours au pansement des plaies ordinaires ou du phlegmon.

Phlegmon de la main. — Lorsque le panaris s'accompagne du phlegmon de la main, ce qui n'est pas rare pour les cas de panaris sous-cutané et tendineux, on emploie, à ces différentes variétés de panaris : bains généraux et locaux, sangsues au poignet. A la période de suppuration le pus peut se montrer par collections isolées, lorsqu'il est renfermé dans les gaînes ou en un foyer étalé, unique lorsqu'il est sous cutané. Dans le premier cas on débride comme dans le panaris tendineux. Dans le second cas on fait de longues et profondes incisions pour diminuer l'étranglement des tissus. Le débridement est alors le meilleur procédé pour calmer les douleurs, car les mailles des tissus conjonctifs sont très-serrées dans la paume de la main et les douleurs y sont atroces. Après les incisions, on a recours aux bains de son, de guimauve, aux cataplasmes émollients et à la position élevée.

Phlegmons de l'avant-bras et du bras. — Le traitement de la première période est le même. C'est surtout contre le phlegmon que Velpeau a vanté l'usage des vésicatoires, mais je crois que la compression et la position élevée sont plus dignes de con-

nce, et ses propres statistiques en sont une preuve évidente. Je dis pas qu'on ne doive pas les employer, mais je suis d'avis de mmencer par l'emploi de la compression. C'est un procédé équemment employé par M. le professeur Gosselin. Si elle vient douloureuse, insupportable, on la cesse aussitôt et l'on ut alors recourir à la méthode répercussive.

Aussitôt que la suppuration sera constatée, ou qu'on supsera son existence, on ne doit pas reculer devant de longues profondes incisions. C'est encore un des meilleurs moyens ur combattre l'œdème et pour prévenir la formation de ces stes clapiers purulents qui nécessitent souvent le drainage et traînent la destruction du tissu cellulaire intermusculaire, et mme conséquence terminale des adhérences tendineuses et la rte des mouvements. Les incisions sont tenues béantes à ide de mèches de charpie cératées ou de drains en caoutchouc; les nettoie au moyen d'une irrigation appropriée. Si le pus t collecté dans les gaînes tendineuses, on les ouvre séparément -dessus et au-dessous du ligament antérieur du carpe. On peut besoin faire passer un drain ou un séton au-dessous de ce liment comme le conseille Payer.

Artérite, phlébite. —Les principaux moyens mis en usage sont, début, les sangsues, les vésicatoires, les frictions mercuelles, les topiques émollients, c'est-à-dire à peu près les mêmes océdés que pour le phlegmon. S'il survient des abcès métastaques accessibles au traitement chirurgical, l'on intervient, d'après les données fournies par l'indication (incisions, irrigations...). uant aux abcès viscéraux consécutifs, l'homme de l'art ne peut ppposer leur formation que d'après des signes diagnostiques ès-incertains; mais, quand même il serait sûr de leur existence, plus souvent il est obligé de rester simple spectateur.

Arthrites. — Les arthrites du poignet, du métacarpe, du carpe

nécessitent, avant tout, le repos absolu et l'usage des bains prolongés ou des antiphlogistiques.

Synovites. — Cataplasmes, compressions, ponctions, si la collection séreuse devient trop abondante, injections iodées ou légèrement corrosives, si elle se reproduit. Contre les synovites devenues fongueuses, on a également proposé les frictions iodées la compression à l'aide de rondelles d'amadou. Enfin, M. Léon Labbé, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, emploie de préférence la cautérisation avec le fer rouge pour détruire les masses fongueuses. L'opération se fait en une seule séance ou en plusieurs, selon la quantité des fongosités.

Angioleucites. — Mêmes procédés thérapeutiques que pour l'artérite et la phlébite. S'il survient des abcès ganglionnaires, on les ouvre. Lorsqu'il s'en forme sur le trajet des gros troncs lymphatiques, il faut également donner issue au pus pour prévenir sa migration et l'extension de la lymphite ; mais il faut user ici d'une certaine réserve dans la ponction de ces abcès, car ils peuvent s'accompagner de fistules lymphatiques très-rebelles comme j'ai eu occasion de l'observer une fois à l'hôpital de la Clinique, pour un abcès situé dans le triangle de Scarpa.

Rétraction des doigts, adhérences tendineuses. — Pour prévenir les adhérences qui accompagnent surtout le panaris de la gaîne, il faut, dès que l'inflammation commence à décroître, faire exécuter quelques légers mouvements alternatifs de flexion et de déflexion. On augmente leur étendue à mesure que la guérison avance, et selon que le patient peut le supporter.

Quant aux rétractions des doigts, elles sont parfois incurables. Pour les détruire, il faut surtout recourir à la flexion ou à la déflexion forcée, selon le siége de la lésion. Il est utile de faire précéder cette manœuvre d'un bain pour ramollir les tissus. On fixe ensuite le doigt sur une attelle, peu à peu le malade devra s'exercer aux travaux manuels, à des mouvements répétés d

ion et de déflexion ; enfin, dans certains cas, comme dans la
ovite adhésive, il faut recourir à la ténotomie.

a section se fait, pour le fléchisseur sublime, au niveau de la
mière phalange, et pour le fléchisseur profond au devant de
phalangine, dans le point où les deux languettes du fléchis-
ır sublime s'écartent. La réunion des deux extrémités tendi-
uses a lieu le plus souvent, et même devrait-elle échouer, il
aurait d'inconvénient sérieux que pour la ténotomie du flé-
isseur profond. Or, la dernière phalange n'en conservera pas
oins ses mouvements de flexion par le moyen des replis syno-
aux qui s'insèrent sur le bord de la deuxième phalange. La té-
tomie des extenseurs offre plus de gravité à cause du grand
artement des extrémités tendineuses. MM. Larrey et Richet
admettent pas la section des muscles fléchisseurs à la face pal-
aire ni au poignet, à cause des dangers auxquels peut exposer
disposition anatomique de ces régions. Ils approuvent cepen-
nt la section des tendons des muscles cubital, grand palmaire
petit palmaire.

Mais tous ces procédés sont sans résultat ou d'un succès très-
certain, pour ne pas dire impraticables, lorsque les synoviales
ant détruites, les tendons ont contracté de grandes adhérences
ec les tissus cutanés, parce que dans ce cas, il est impossible
rétablir le glissement des tendons. L'opération, en pareil cas,
est utile que pour redresser le doigt.

Fièvre purulente. — Contre le mouvement fébrile de l'infection
urulente, on prescrira comme *ingesta* les contro-stimulants
réparations antimoniales, mercurielles...), les sédatifs de la
irculation (sulfate de quinine, préparation d'aconit, de digitale,
monade citrique...); on s'occupera surtout du pansement des
laies.

Infection putride. — Contre l'action adynamique de l'infection
utride, on emploiera les stimulants diffusibles (valérianate

d'ammoniaque, musc); les toniques, extrait de quinquina, vin généreux; on a été récemment jusqu'à proposer l'usage de l'acide phénique et même de la créosote à l'intérieur.

On combattra la diarrhée par les astringents, tels que ratanhia acétate neutre de plomb, sous-nitrate de bismuth, diascordium, etc., etc.

On combattra les accidents nerveux par l'éther, les opiacés, les teintures aromatiques. M. Béhier a obtenu quelques améliorations par l'emploi du bromure de potassium contre le tétanos; il conseille aussi l'usage de l'extrait de belladone, du sulfate d'atropine. Le curare et l'ésérine pourraient aussi être mis en usage, mais on se les procure très-difficilement.

Les diverses diathèses qui peuvent exercer une certaine influence sur l'affection qui nous occupe, telles que la diathèse scrofuleuse, syphilitique, arthritique, seront soumises à un traitement spécial.

Les affections dites complication de coïncidence seront traitées par les moyens ordinaires.

Le phlegmon des doigts est certainement une des affections chirurgicales qui peuvent fournir le plus d'observations cliniques ; mais toutes celles qui appartiennent à la même variété de panaris, ne diffèrent le plus souvent entre elles que par de légères nuances. Aussi, pour ne pas faire une fastidieuse collection d'observations plus ou moins analogues, nous n'en rapporterons ici que le nombre suffisant pour donner une idée exacte de la physionomie qui caractérise chaque forme de panaris.

OBSERVATIONS.

Observation Ire.

'anaris sous-épidermique au pouce de la main gauche. — Lymphangite. — Phlegmon de l'avant-bras. — Mort.

Le nommé Henri-Auguste-Désiré, âgé de 35 ans, menuisier, entra à hôpital de la Charité, service de M. le professeur Gosselin, salle Sainte-ierge, nº 30, le 22 décembre 1869. Le malade raconte qu'il y a sept urs environ, en saisissant une pièce de bois, il s'est piqué avec un orceau de bois qui a pénétré perpendiculairement dans la face palmaire u pouce gauche au niveau du sillon interarticulaire phalango-phalangien. Aucun corps étranger n'est resté dans la plaie qui n'a presque pas onné d'écoulement de sang. Vers le soir du deuxième jour, il éprouva uelques picotements au niveau du point où il s'était blessé; mais il 'en continua pas moins à travailler; le sommeil et l'appétit étaient encore bons.

Le 16 décembre. — Douleur vive, élancement douloureux, gonflement u pouce s'étendant rapidement à la face dorsale de la main et de l'avant-ras; la tuméfaction était surtout prononcée vers le bord externe de avant-bras. Trait. — Cataplasmes. Peu à peu est survenu un appareil ébrile caractérisé par de l'insomnie et une diminution sensible de l'ap é-t. Les parties, envahies par le gonflement, sont devenues rouges et ouloureuses : impossibilité de travailler; entrée à l'hôpital le 22 décembre.

Etat actuel. — Tuméfaction prononcée du pouce en entier, de toute la main et de l'avant-bras, mais les autres doigts paraissent encore indemnes de tout travail phlegmasique, élancement douloureux dans le pouce, mais aucunement dans la main ni l'avant-bras; en ces points, il semble n'exister qu'une sorte de gêne produite par le gonflement des issus.

Trait. — Cataplasmes émollients. 2 portions.

Le 24. — Fluctuation très-sensible le long du bord externe de l'avant-bras et à la région palmaire de la main. Deux incisions : l'une sur le bord externe de l'avant-bras au-dessus de l'articulation du poignet, et l'autre au-dessous. Cette dernière a donné lieu à un grand écoulement de pus sanguinolent. Cette ponction a été suivie d'un grand soulagement. Trait. — Cataplasmes laudanisés, mèches de charpie pour tenir les incisions

béantes; le bras est placé sur un coussin dans un plan plus élevé que celui du corps. 2 portions.

La 25. — Le malade a dormi un peu, il souffre moins, écoulement de pus en pressant au voisinage des incisions. Trait. — Idem.

Le 28. — Le malade est abattu, agité; la tuméfaction de l'avant-bras a diminué, mais elle s'accentue davantage à la racine du pouce, une incision au niveau de la tabatière anatomique.

Le 3 janvier. — Diminution considérable du gonflement de l'avant-bras et de la main, les trois incisions ne donnent presque plus d'écoulement de pus; mais, à la face externe du pouce, au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne, il s'est formé une ouverture spontanée qui fournit du pus; les parties voisines sont le siége d'une demi-fluctuation. La peau du bras et de l'avant-bras est d'une couleur jaune-paille, un peu flétrie. Le derme du creux palmaire est blanc, très-ratatiné et légèrement décollé au niveau de l'éminence thénar. Le malade a assez bon appétit, il dort une partie de la nuit, mais d'un sommeil agité.

6 janvier. — La suppuration se tarit de plus en plus; les parties primitivement œdématiées de l'avant-bras sont envahies par une desquamation légèrement furfuracée. Néanmoins le malade a un facies qui exprime la souffrance et l'abattement, l'appétit est modéré.

Trait. — Lotions avec l'acide phénique étendu; cataplasmes. 3 portions.

Le 10. — Mort presque inattendue. A l'autopsie on a constaté les signes manifestes d'une infection purulente avec abcès métastatique dans les poumons et l'articulation du coude.

Observation II.

Panaris sous-cutané, compliqué de la main; incisions multiples. — Guérison.

Le 1er avril 1868, le nommé Ferby, âgé de 29 ans, garçon d'hôtel, né à Saint-Thomas (Savoie), entre à l'hôpital des Cliniques pour un panaris phlegmoneux de l'index de la main droite. C'est un jeune homme d'une bonne santé, sans antécédents scrofuleux ni aucune prédisposition à la diathèse furonculeuse.

Il y a douze jours environ, en mettant des bûches au feu, il s'est piqué avec une écharde qui a pénétré au-dessous de l'ongle de l'index droit; le fragment de bois a été enlevé; la piqûre a saigné très-peu Quatre jours après, il commence à éprouver, dans la pulpe de la dernière phalange, quelques fourmillements qui se prolongeaient suivant le trajet du nerf médian jusqu'à l'aisselle, où il s'est manifesté en même temps un engorgement ganglionnaire qui a coïncidé avec le développement du panaris que nous allons décrire.

État actuel. — Le doigt indicateur est enflé dans toute son étendue ; il st rouge, œdématié, aussi bien à la face dorsale qu'à la face palmaire. haleur très-prononcée dans toute la partie malade et surtout dans la der-ière phalange. Un point très-fluctuant et très-douloureux au niveau de espace interosseux qui existe entre l'index et le médius.

Le gonflement s'étend jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure des nétacarpiens correspondants à la face palmaire et jusqu'au poignet, à la ace dorsale ; la région dorsale n'est pas fluctuante, mais œdématiée ; le reux de la main est tendu, dur à la pression, à l'éminence thénar fluc-uation douteuse, qu'on ne saurait trop différencier de la pseudo-fluctua-on que présente cette région à l'état normal ; ponction au niveau du uscle abducteur du pouce en dehors de l'altère radio-palmaire ; léger coulement de sang. Traitement : cataplasmes. 2 portions.

Le 2. — Le malade a moins souffert cette nuit, il a dormi un peu vers e matin, fluctuation plus prononcée au niveau de la face palmaire de la halangine et à la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne, ncision en ces deux points, et une troisième dans l'espace interosseux ; coulement d'un liquide blanchâtre, très-fluide, sanguino-purulent.

Le 3. — Mieux très-sensible, le malade a dormi pendant une bonne artie de la nuit. Il éprouve de l'appétit ; il mangerait, dit-il, plus de eux portions... Écoulement d'un pus moins fluide que le jour précédent ; nanifestation des lèvres de l'incision ; enlèvement de l'épiderme à l'aide es pinces et des ciseaux ; les tissus sont moins durs, moins douloureux la pression, grâce à l'écoulement purulent qui a accompagné ces inci-ions multiples. Traitement : cataplasmes, manuluves d'eau tiède.

Le 6. — Encore un léger écoulement par les ouvertures qui ont été ratiquées. La tuméfaction et l'œdème des tissus ont presque complète-nent disparu à la face dorsale et palmaire de la main ; le derme qui orrespond aux parties œdématiées de la région dorsale de la main est lanc, ramolli, ratatiné, insensible ; la malade dort pendant toute la uit, appétit excellent, mouvements volontaires possibles, mais très-li-nités.

Le 7. — Cessation de l'écoulement purulent, mouvement assez prononcé u doigt malade, absence de douleur et de gonflement.

Trait. — Linge glycériné et charpie... Exeat.

OBSERVATION III.

Panaris superficiel phlycténoïde (mal blanc, tourniole) consécutif à une légère contusion. — Ponction. — Guérison rapide.

Mme M., âgée de 55 ans, marchande de journaux, se fit, le 23 mars, n cassant du sucre avec un marteau, une légère contusion sur le bord xterne de la phalangette de l'index droit. Il en résulta une sensation de

chaleur durant le restant de la journée seulement. Pendant deux jours pas la moindre trace de souffrance. Le 26, c'est-à-dire trois jours après, elle remarqua un petit point blanchâtre sur le bord externe de la matrice ingéale et en même temps elle éprouva un léger prurit auquel elle fit peu d'attention.

Le 27. — Le bord externe de la matrice ungéale est aujourd'hui un peu tuméfié et rouge, surtout au pourtour de la tache blanche qui a apparu la veille. Les douleurs sont plus accentuées; le doigt est douloureux au moindre contact d'un corps solide.

Trait. — Cataplasmes de farine de graine le lin...

Le 28. — Tuméfaction érythémateuse de toute la pulpe de la phalangette; douleurs véritablement lancinantes et rendant le travail pénible. La malade, qui est journaliste, peut encore plier les journaux, mais c'est avec beaucoup de peine. *Trait.* — Idem.

Le 2. — La malade a passé la nuit presque sans dormir, la suppuration existe et est collectée en forme de phlyctène blanchâtre, parallèle au bord externe de l'ongle et de la matrice unguéale; fluctuation très-évidente, comparable à celle qui résulte d'une brûlure au deuxième degré lorsque la sérosité est devenue purulente; incision; écoulement d'un pus fluide séro-sanguinolent, affaissement et plissement de l'enveloppe de la phlyctène. *Trait.* — Bain de main, cataplasmes.

Le 30. — Cessation de tout écoulement purulent, l'épiderme est flétri et tellement collé à la surface du derme que sa chute paraît encore incertaine. La malade a bien dormi cette nuit, absence complète de douleur, la malade travaille sans la moindre gêne.

Le 3 avril. — L'épiderme mortifié a été enlevé dans toute la partie qui correspond à la phlyctène. La nouvelle couche épidermique est déjà formée, mais elle conserve encore la teinte rouge-violacée qui caracterise ce tissu lorsqu'il est de formation récente. L'ongle ne paraît pas ébranlé, malgré la teinte noirâtre qui l'a envahi.

Observation IV.

Panaris sous-épidermique de la phalangine du pouce, compliqué consécutivement d'un panaris de la quatrième espèce. — Incision prématurée. — Incision de la phalangine.

Louise Bonretour, âgée de 16 ans, domestique, se présente le 2 avril 1869 à la consultation de M. Maisonneuve.

Elle raconte que le 5 février, sans cause connue, elle a éprouvé une douleur subite et semblable à des piqûres d'épingle, dans la pulpe de la phalange du pouce, surtout vers la racine de l'ongle. Durant les deux premiers jours, on pouvait comprimer le doigt sans faire trop souffrir la malade. Les douleurs augmentant de plus en plus, il en résulte une in

somnie complète; la patiente a passé plusieurs jours presque sans user d'aucune sorte de nourriture. Le doigt étant très tuméfié; vers le neuvième jour de la maladie, elle s'est décidée à aller à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

M. Maisonneuve pratique à la face palmaire de la dernière phalange une incision longitudinale qui, tout en donnant issue à un écoulement de sang, soulage considérablement la malade, mais sans arrêter l'affection dans sa marche progressive; elle ne revient à la consultation que le 9 avril.

État actuel. — La dernière phalange du pouce est tuméfiée et la tuméfaction s'étend même jusqu'à la racine du pouce. Les mouvements articulaires sont impossibles très-douloureux. Il existe deux fistules purulentes : l'une située à la face palmaire résultant de l'incision, et l'autre sous le bord externe de l'ongle. Il en decoule un pus sanieux. A l'aide d'un stylet, M. Maisonneuve diognostique une carie de l'os de la dernière phalange; élargissement de la fistule palmaire. Par la compression, l'écoulement purulent augmente. Traitement. — Bains et cataplasmes...

13 avril. — La malade ne souffre pas beaucoup ; elle repose assez pendant la nuit. Elle peut vaquer à une partie de ses travaux manuels. Mais les deux fistules fournissent toujours un écoulement purulent. M. Maisonneuve propose l'extirpation de la phalange, qui du reste paraît un peu mobile. La malade est assez pusillanime pour refuser de rentrer à l'hôpital pour se débarasser d'un sequestre qui depuis deux mois alimente ces deux fistules intarissables. La malade n'a pas reparu.

Observation V.

Panaris sous-cutané gangréneux du doigt indicateur gauche. — Eschare volumineuse. — ulcération profonde. — Guérison.

Le nommé Bosse (Auguste), âgé de 25 ans, né à Bédarieux (Hérault), garçon d'office, entre à la Charité, salle Sainte-Vierge, le 9 décembre 1896 pour un panaris du doigt indicateur gauche. Tempérament sanguin; absence de toute disposition à la diathèse furonculeuse; mais il y a six ans le malade a eu déjà un panaris au doigt indicateur droit. Guérison sans infirmité.

Il y a huit jours, il s'est piqué avec une fourchette au niveau de la pulpe digitale de la phalangette de l'indicateur gauche. Il en est résulté deux jours après des douleurs vives. Le malade passe cinq jours sans manger, sommeil très-agité. Le doigt est gonflé considérablement dans toute son étendue. Le malade ne pouvant plus travailler, se décide à entrer à l'hôpital le 10 décembre.

Etat actuel. — Toute la phalangette présente une tuméfaction, une tension extrême, plus prononcée à la face palmaire qu'à la face dorsale. L'ongle est soulevé à sa base et semble s'incliner en avant. Le gonflement

s'étend à la phalangine, mais ne dépasse pas la racine du doigt. — Incision au niveau du bord externe de la phalangette. — Léger écoulement de sang sans traces apparentes de pus. — Traitement Cataplasmes émollients.

22 décembre. — Le doigt est toujours tuméfié; un gonflement érysipélateux s'étend aujourd'hui sur la face antérieure et externe de l'avant-bras. La pulpe digitale est toujours tendue et d'une couleur violacée. Le malade n'a pas fermé l'œil cette nuit, il ne se soucie presque pas de manger; soif modérée.

Traitement : Bains prolongés, onctions mercurielles, cataplasmes.

Le 23. — Le malade a moins souffert pendant cette nuit. Il s'estéchappé spontanément par l'incision latérale de la phalangette un flot de pus qui a soulagé considérablement le patient. Il en est résulté également une diminution de la tuméfaction de la main et du doigt. L'avant-bras est toujours un peu tuméfié et œdematié.

Traitement : Une bouteille d'eau de Sedlitz ; cataplasmes.

Le 26. — La tuméfaction de l'avant bras et de la main a disparu. Mais l'indicateur est encore tendu. Les mouvements articulaires sont encore très-limités. Au niveau de l'incision il se forme une eschare grisâtre.

Traitement : Lotions d'eau phénique; cataplasmes.

Le 29. — On enlève l'eschare. Il en résulte une ulcération profonde ovoïde située obliquement à la face externe du doigt. Ablation de l'épiderme mortifié de toute la phalangette et de la phalangine. Le malade dort bien; l'appétit est revenu.

Traitement : Idem.... deux portions.

3 Janvier. — Aspect rosé de la plaie; absence de tout écoulement purulent, les mouvements de l'articulation phalangino-phalangettienne sont plus étendus et peu douloureux. La tuméfaction n'existe plus à la main, ni sur la première phalange.

Traitement : Linge cératé, charpie, compresses; trois portions.

Le 3. — Le malade est gai; il se plaint d'avoir trop d'appétit. Les mouvements spontanés de l'articulation métacarpo-phalangienne ont complétement reparu, mais il existe encore un peu de gêne dans les articulations phalango-phalanginienne et phalangino-phalangettienne; l'ulcération est d'un bon aspect; elle cicatrise rapidement; mais l'ongle est noir, demi-décollé vers son bord externe. Le malade refuse d'en laisser faire l'extirpation, et impatient de sortir, il demande lui-même son exeat.

Observation VI.

Panaris périostique de la phalangette du médius gauche. — Incision. — Nécrose de la moitié de la phalange.

Le 26 mars 1868, entre à l'hôpital des Cliniques, le nommé Bollé (Cy-

prien, âgé de 48 ans, garçon de laboratoire à la Sorbonne, pour un panaris de la phalangette du médius gauche.

Il y a aujourd'hui 24 jours, en travaillant au laboratoire, ce malade s'est donné un coup de marteau sur la phalangette du médius gauche. La moitié externe de l'ongle a pris aussitôt une teinte violacée, le bord externe de la pulpe digitale a été presque complétement écrasé, néanmoins les souffrances n'ont pas été bien intenses. Les points contusionnés se sont aussitôt mortifiés et ont été éliminés vers la fin du premier septénaire. Le patient se croyait guéri lorsqu'il s'est aperçu que l'extrémité de son doigt se durcissait, mais sans gonflement ni changement de couleur. En même temps sont survenues des douleurs profondes avec exacerbaions nocturnes bien prononcées et comparables à des piqûres d'aiguilles qu'on aurait enfoncées par douzaines, d'après l'expression du malade. Au bout de deux jours il va consulter un médecin ; mais malgré l'usage des onctions mercurielles qui lui ont été prescrites, le gonflement s'est insensiblement comparé de tout le doigt. Il a passé huit nuits dans une insomnie presque complète, il a perdu l'appétit, mais n'a jamais eu de soif bien prononcée ni de mouvement fébrile intense. Il se décide à aller consulter l'un des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. M. Houel pratique deux incisions sur la pulpe de la phalangette, annonce une nécrose de la phalangette et lui conseille d'entrer à l'hôpital. Il vient à la Clinique vers le onzième jour de ce travail phlegmasique.

Etat actuel. — Dernière phalange du médius volumineuse, hypertrophiée en forme de massue, ouverte en cupule au sommet. Gonflement peu prononcé sur les deux autres phalanges, on ne constate qu'un peu de rougeur au niveau de la phalangine et de la phalange. L'ongle est noir, surtout à sa base. Dans l'ulcération cupuliforme de la phalangette, on aperçoit un bourrelet jaunâtre qui constitue une sorte de bourbillon formé par un détritus de tissu cellulaire. En explorant avec un stylet, on perçoit une crépitation très-manifeste qui indique une nécrose de la phalange. En retirant ce bourbillon avec une pince à pansement l'on entraîne une partie de la phalange. Mais l'extrémité articulaire de cet os adhère encore fortement aux ligaments articulaires. On la laisse en place. — Traitement : irrigations, cataplasmes.

27 mars. — Le malade a eu une bonne nuit; il demande à manger ; la plaie est légèrement saignante. — Traitement : idem.

Le 28. — Les tissus paraissent moins tuméfiés et moins œdématiés. L'exploration permet de constater facilement l'existence de l'extrémité supérieure au fond de la plaie. On essaye inutilement de l'extraire avec des pinces ordinaires.

Trait. — Manuluves amidonnés et prolongés, cataplasmes.

30 mars. — Le gonflement est limité aux bords de la plaie. La douleur

a presque disparu. L'ongle se déchausse de plus en plus et paraît voué à une chute imminente ; le malade dort, l'appétit est bon.

Trait. — Bains, cataplasmes.

2 avril. — L'extrémité supérieure de la phalangette paraissant encore demander un temps assez long avant de pouvoir être retirée sans violence, on conseil au malade de quitter l'hôpital, tout en lui conseillant de venir de temps en temps pour faire enlever ce séquestre. La plaie ne présente plus qu'une fente longitudinale, mais l'extrémité du doigt est encore volumineuse. Absence de tout écoulement purulent. Je regrette que le malade n'ait pas reparu pour compléter mon observation, et donner une idée de la durée du panaris périostique avec gangrène de la phalange.

Toutefois voilà un cas de panaris qui semble de nature à confondre ceux qui osent nier l'existence du panaris périostique primitif.

Observation VII.

Panaris dermique interdigital, occasionné par la présence d'un durillon. Incision. — Guérison.

Edouard Gigaud, âgé de 20 ans, domestique, entré à l'hôpital de la Clinique le 30 janvier 1868, sorti le 4 février.

C'est un jeune homme de forte constitution, mais d'un tempérament un peu lymphatique, il a eu les abcès ganglionnaires au cou. Il est très-sujet au catarrhe nasal ; pas de panaris antérieurs.

Il s'aperçut, il y a douze jours, qu'un durillon situé dans l'espace interdigital du pouce et de l'index de la main droite était plus douloureux qu'à l'ordinaire.

Pendant deux jours, la peau ne changea pas de couleur ; mais, dans les jours suivants, il survient autour de ce durillon une rougeur intense, avec un gonflement des tissus sous-jacents. La tuméfaction envahit peu a peu toute la racine du pouce et la face externe de l'indicateur ; il en résulte de la gêne pour les mouvements articulaires des articulations métacarpo-phalangiennes et un certain écartement des deux doigts. Vers la huitième, les parties tuméfiées deviennent plus douloureuses qu'à l'ordinaire : le malade passe les nuits presque sans dormir, il a perdu tout appétit, ne peut plus vaquer à ses travaux. Il entre à l'hôpital le 30 janvier.

Etat actuel : gonflement considérable dans l'espace interdigital ; doigt dans un écartement permanent ; leur rapprochement et leurs mouvements sont impossibles et très-douloureux. Œdème de la racine du pouce et de l'indicateur surtout à leurs faces respectives. Au milieu du sillon interdigital est une coloration blanche qui indique un travail de suppuration et s'accompagne d'un peu de fluctuation en ce point ; gonflement de quelques ganglions axilaires, mais pas de trace d'adénite avec

suppuration. Le malade a passé deux nuits sans dormir; il a de la soif; le pouls ne donne que 96 pulsations Incision dans l'espace interdigital; écoulement d'un pus louable. Trait. — Cataplasmes; deux portions.

31 janvier. — Le malade souffre beaucoup moins, il a dormi pendant cinq heures continues. Les parties tuméfiées sont considérablement désenflées. Les mouvements articulaires de flexion et de rapprochement sont moins douloureux et plus étendus. La plaie est sanieuse, pas de pus.

Trait. — Idem.

2 février. — Absence de toute douleur à l'aisselle. La tuméfaction des parties voisines a presque disparu. Néanmoins les mouvements de flexion, de rapprochement des doigts, ne peuvent s'effectuer dans toute leur étendue. Le derme est mortifié, on l'enlève. La plaie est d'un bon aspect. Le malade dort, l'appétit a reparu. Trait. — Pansement au cérat, extraction.

Le 4. — La cicatrisation est déjà avancée; le malade remue facilement les doigts, mais leur rapprochement est encore incomplet. Trait. — Pansement ordinaire avec du cérat. Exeat.

Observation VIII.

Panaris sous-épidermique de tout l'indicateur droit suivi d'un panaris périostique de la dernière phalange seulement. — Désarticulation de la phalangette. — Guérison.

Malade de 40 ans, cordonnier, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n[e] 49, le 14 juin, sorti le 21 juillet. Le malade a déjà eu un panaris de la deuxième variété à la dernière phalange du pouce de la main droite, par suite d'un durillon forcé provenant du frottement continuel du fil contre l'articulation phalango-phalangienne. Il en est guéri sans infirmité, il ne reste plus qu'une cicatrice. Il y a dix jours environ sans coupure ni piqûre, le malade commença à éprouver une démangeaison dans la pulpe de la phalangette de l'indicateur droit. Le lendemain le prurit augmenta. Le malade ayant voulu continuer à travailler, le doigt se gonfla rapidement. Le malade a passé cinq jours presque sans dormir. Il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Le doigt est uniformément enflé dans toute son étendue; la tuméfaction s'étend même au niveau de l'articulation de la phalangine avec la phalangette. A la face palmaire existe un point culminant percé d'un petit orifice qui laisse couler un liquide roussâtre et gluant. Les mouvements de flexion et de déflexion sont abolis pour les phalanges; il n'existe de mouvements articulaires que dans l'articulation métacarpo-phalangienne, incision à la face palmaire s'étendant de la première phalange jusqu'à la pulpe de la phalangette. Ecoulement abondant de pus mêlé de sang.

Traitement. — Onctions mercurielles. Cataplasmes, 2 portions.

17 juin. Le malade a eu un sommeil très-agité. Il n'éprouve encore aucun appétit. L'incision de la veille a diminué un peu les douleurs dominantes. Par l'exploration de la plaie, on constate la nécrose de la phalangette.

Traitement. — Bains de main prolongés; cataplasmes laudanisés.

Le 25. Le malade souffre toujours et surtout pendant la nuit. L'incision donne issue à un petit écoulement de sang. On pratique la désarticulation par le procédé à lambeau palmaire; pas de ligatures; le lambeau est maintenu à l'aide de bandelettes de diachylon entrecroisées.

Traitement. — Pansement avec charpie imbibée d'une solution d'acide phénique, position élevée; deux portions.

Le 26. La nuit a été assez bonne, le malade a dormi pendant trois ou quatre heures, il éprouve un peu d'appétit; pas de réaction fébrile.

1er juillet. Sommeil le plus complet. Appétit bon; le lambeau commence à prendre des adhérences; douleurs nulles.

Le 8. Absence de suppuration, le lambeau est très-consolidé, les mouvements de l'articulation phalango-phalanginienne sont très-bornés. Le doigt ne peut se mouvoir que dans son ensemble.

Traitement. — Compresses imbibées d'acide phénique; trois portions.

Le 21. La cicatrisation est complète, mais la gêne des mouvements existe toujours. Exeat.

Observation IX.

Panaris sous-épidermique compliqué de la troisième et de la quatrième variété de panaris. — Nécrose de l'extrémité inférieure de la phalangine du pouce droit. — Perte des mouvements articulaires de cette phalange. — Incision. — Hyperesthésie de la pulpe de la phalangine du même doigt et analgésie de l'indicateur.

Le nommé Bouniol, âgé de 35 ans, encaustiqueur, né à Trémouilles (Cantal), s'était piqué le 20 juin 1869, avec un clou rouillé, vers le milieu de la pulpe de la phalangine du pouce droit. La piqûre ne donna lieu à aucun écoulement de sang. Quatre jours après, il éprouvait quelques fourmillements dans la partie blessée. La phalangine fut bientôt envahie à la face palmaire par une tuméfaction accompagnée de douleurs vives qui le tourmentent assez pour recourir à un traitement local. Sur les conseils d'une indulgente commère, il appliqua un oignon brûlant sur les parties enflammées. Sous l'influence de ce topique les douleurs ne firent qu'augmenter d'intensité, et l'épiderme légèrement brûlé ne permit l'application d'aucun médicament solide pendant quelques jours. Le 26 juin, c'est-à-dire deux jours après l'invasion du travail inflammatoire, on applique des sangsues à la racine du doigt. Elles ne produisirent aucun

oulagement. La tuméfaction s'empara bientôt de tout le pouce ; survinrent en même temps des douleurs intolérables.

Malgré l'usage des bains de main prolongés et des cataplasmes, le malade passe plusieurs nuits sans dormir.

1er juillet. — Le malade, qui est un de nos amis, vint me trouver. Voici l'aspect des parties malades : le pouce est dans l'extension, les mouvements de flexion sont impossibles ; on ne peut appuyer sur le doigt sans déterminer les plus vives douleurs. La tuméfaction occupe le pouce en entier, mais elle est plus prononcée à la face palmaire des deux phalanges qu'à la face dorsale où il n'existe qu'un gonflement œdémateux. Le sillon inter-articulaire de la face palmaire est presque effacé. Le gonflement s'étend sensiblement jusqu'à l'éminence thénar à la région palmaire et jusqu'au poignet à la face dorsale. L'espace inter-digital est également envahi par un gonflement qui oblige le pouce à s'écarter de l'index. A la palpation on constate une véritable fluctuation dans la pulpe de la phalangine. Une incision est pratiquée ; écoulement de pus sanguinolent.

Traitement. — Cataplasmes laudanisés ; bain de main avec une décoction de tête de pavot.

2 juillet. — L'incision a produit un léger soulagement ; la tension semble un peu diminuée. Néanmoins il y a eu insomnie complète, le malade n'a fait que se promener dans sa chambre pendant toute la nuit. Appétit nul, soif modérée.

Le 3. — Même état ; à la face externe de la phalange existe un point fluctuant ; on fait une incision. Il s'en échappe en abondance un pus crémeux, suivi d'un léger écoulement de sang par la pression.

Traitement. — Bains, cataplasmes.

Le 4. — Le doigt est toujours roide et tuméfié ; des incisions s'écoule du pus. Mais le gonflement gagne toujours en étendue. Il occupe déjà toute la face palmaire et la face dorsale de la main sans trace d'angioleucite ni d'adénite du côté de l'avant-bras et du bras. Les tissus de l'espace inter-digital sont tendus, le pouce est dans une abduction forcée. Une troisième incision est faite à la face palmaire de la phalange ; grand écoulement de pus ; le malade est soulagé immédiatement.

Traitement : Onctions mercurielles à la main ; cataplasmes laudanisés.

Le 8. — Le malade a dormi une bonne partie de la nuit. Les douleurs lancinantes sont moins intenses et plus rares, elles sont intermittentes. Le gonflement de la main est légèrement diminué. Le malade commence à opérer quelques mouvements dans l'articulation métacarpo-phalangienne.

Le 25. — L'appétit est revenu, le patient dort pendant toute la nuit. Le derme des parties œdématiées tombe par plaques. On l'excise avec des ciseaux. Trait. : idem.

Le 18. — L'écoulement purulent a cessé. Le derme mortifié a été enlevé

sur toute l'étendue du doigt. Il n'existe plus de gonflement qu'à l'éminence thénar et au doigt. Les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne sont plus étendus, mais ceux de l'articulation phalango-phalangienne sont nuls. Au niveau de l'incision de la pulpe digitale, existe une ulcération profonde qui fait supposer une lésion du squelette ; la pusillanimité du malade n'en permet pas l'exploration.

A partir de ce moment le malade a été perdu de vue pendant trois mois. Dans cet intervalle il y a eu des éliminations successives de plusieurs séquestres. Le travail cicatriciel a été très-long. Le malade n'a pu reprendre ses occupations habituelles qu'au mois d'août. Je ne l'ai revu qu'au mois de novembre. La cicatrisation est complète ; mais les cicatrices et le raccourcissement du doigt indiquent qu'il y a eu nécrose de la phalangine et élimination de l'extrémité inférieure de cet os. Cette phalange est aplatie ; à la face palmaire existent des enfoncements cicatriciels; l'ongle est mince, parcheminé, recourbé à son extrémité. La phalangine est dans une demi-flexion, et ses mouvements sont abolis. Cependant en prenant d'une main la phalange et de l'autre la phalangine, on peut produire des mouvements articulaires. On constate facilement que l'abolition des mouvements articulaires ne tient pas à une ankylose, car les surfaces de l'article sont mobiles les unes sur les autres, mais à une altération de la gaîne tendineuse du muscle fléchisseur. La face palmaire de la phalangine est si sensible que le malade ne peut s'en servir ; le moindre contact détermine une vive sensation de douleur qui fait lâcher prise. L'indicateur est, au contraire, comme engourdi et est continuellement le siége d'une sensation de froid ; mais il n'est nullement douloureux à la pression.

A en juger par la demi-flexion de la phalangine, par son raccourcissement et la perte de ses mouvements, malgré l'absence d'ankylose, on peut en conclure que cette observation est un cas de panaris dermique primitif, suivi d'un panaris de la quatrième espèce pour la phalangine, et de la troisième variété pour la phalange.

CONCLUSIONS.

Le panaris superficiel s'accompagne rarement de phénomènes sérieux; ses effets peuvent se résumer en chute de l'ongle et renouvellement de l'épiderme.

Le panaris sous-épidermique est toujours une affection sérieuse, soit à cause des souffrances qu'il détermine, soit par les complications locales (sphacèle des tissus, destruction des parties molles, hyperesthésies consécutives...) ou de lieu de voisinage, telles que phlegmon palmaire, lymphite, érysipèle, phlegmon diffus de l'avant-bras...

Le panaris tendineux est la forme la plus dangereuse, tant à cause des désordres locaux (exfoliation des tendons, perte des mouvements fonctionnels...), que des complications qui peuvent survenir du côté de la main ou de l'avant-bras, du bras ou des troubles généraux qui peuvent l'accompagner quelquefois (tétanos, délire, mort...).

Le panaris périostique se caractérise par une phlegmasie généralement limitée à la phalange, sur laquelle il se développe, par la marche rapide et nécrobiotique du travail phlegmasique, par la carie ou la nécrose presque toujours constante d'une partie de la phalange ou de la phalange tout entière.

Une forme de panaris quelconque peut se compliquer ou se transformer en une autre variété.

Le panaris superficiel survient le plus souvent sans cause connue; mais il n'est pas rare qu'il survienne

à la suite de la moindre lésion de l'épiderme ou d
surface dermique.

Ces trois dernières variétés de panaris peuvent a
se montrer spontanément, mais elles sont le plus s
vent déterminées par un traumatisme; excepté p
les cas de panaris anatomique, la phlegmasie n
développe guère avant trois ou quatre jours.

Les trois dernières variétés sont celles qui en
nent le plus souvent la difformité des doigts, l'alt
tion des mouvements articulaires, ou des compl
tions consécutives : analgésie, paralysie, anesthé
hyperesthésie.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 3